CC 7 SG

P. 7. 36.

R32690

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

MYOMES UTÉRINS

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

MYOMES UTÉRINS

PAR

LE DOCTEUR A. VAUTRIN
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, EDINR
LIBRARY

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
Rue Hautefeuille, 19, près le boulevard Saint-Germain.

1886

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

MYOMES UTÉRINS

INTRODUCTION.

Il n'est peut-être pas de question qui, dans ces dernières années, ait passionné autant les chirurgiens de tous les pays, que le traitement des myômes utérins. L'ardeur avec laquelle tous travaillent au perfectionnement des procédés opératoires en est une preuve assez évidente, et les statistiques publiées successivement depuis trente ans nous montrent combien leurs efforts ont déjà été couronnés de succès.

Mais nous ne nous dissimulons pas que nous avons à présenter la question *du traitement chirurgical des myômes utérins* à un moment bien difficile. Nous sommes en effet dans une époque de transition, d'essais opératoires, sorte de période indécise, pendant laquelle la critique et le jugement sont délicats à formuler. On nous pardonnera, dans une étude aussi ardue, aussi vaste, de nombreuses imperfections et on nous saura gré, nous l'espérons, d'avoir tâché de mettre en lumière quelques points intéressants de la pratique étrangère, si utile à

connaître en ce qui concerne la pathologie des organes génitaux de la femme.

Pris dans toute sa rigueur, le terme de « myômes utérins » comprend toutes les tumeurs développées aux dépens du tissu utérin et composées des éléments musculaires lisses analogues à ceux qui le constituent, c'est dire que les néoformations classées sous les noms de tumeurs fibreuses, de tumeurs fibro-kystiques, de polypes et que Broca désignait sous le nom d'*hystéromes*, rentrent dans cette catégorie. Envisagé à ce point de vue général, le traitement chirurgical des myômes est un sujet très étendu, dont l'étude complète nous obligerait à une bien longue énumération de procédés, rapportés, pour certaines variétés de myômes, dans tous les auteurs classiques. C'est pourquoi ne pouvant étudier aussi complètement que nous l'eussions désiré les diverses parties du sujet que le sort nous a imposé, nous croyons préférable de ne traiter qu'accessoirement les parties bien connues pour porter toute notre attention vers les points litigieux. C'est ainsi que nous ne ferons qu'effleurer le traitement des myômes pédiculés intra-utérins qui a peu varié dans ses divers modes depuis ces dernières années.

Nous tenons donc à avertir le lecteur qu'il chercherait vainement dans ce travail la technique opératoire de l'enlèvement des polypes pédiculés; nous avons, en effet, d'autres questions pleines d'intérêt et d'actualité à developper, telles que l'énucléation des myômes par la voie vaginale, la castration pour les tumeurs utérines et les procédés de traitement du pédicule dans l'hystérectomie. Qu'on ne s'attende pas non plus à trouver au début de cette étude un historique détaillé du traitement des fibromes utérins, ce serait nous exposer à des redites dans le courant de notre travail ; il nous a semblé préférable de faire, à propos de chaque mode de traitement, le détail de son origine et de ses perfectionnements.

Mais avant d'aborder le traitement chirurgical des myômes de l'utérus, il nous semble nécessaire de poser les indications générales de ce traitement; c'est ce qui fera l'objet d'un premier chapitre. Nous établirons ensuite les divisions de notre sujet d'après le siège des tumeurs et d'après leurs connexions.

INDICATIONS GÉNÉRALES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES MYOMES.

DU TRAITEMENT MÉDICAL.

Les indications du traitement des myômes utérins sont bien plus difficiles à formuler que celles de l'ovariotomie; car, tandis que l'extirpation est le moyen thérapeutique presque obligé des kystes de l'ovaire, pour les tumeurs utérines, au contraire, il y a lieu de faire des distinctions multiples.

Il est utile de bien connaître d'abord la nature et les différents modes d'évolution des myômes utérins. On sait que ces productions pathologiques sont très fréquentes, puisque Bayle (1) les considère comme existant sur un cinquième des femmes ayant dépassé l'âge de trente ans; leur nombre est souvent considérable, au point que l'utérus semble farci de fibroïdes; enfin leur volume varie jusqu'au poids énorme de 40 à 50 kilogrammes. La consistance est aussi bien différente et peut affecter tous les degrés depuis la dureté ligneuse des fibromes peu vasculaires jusqu'à la mollesse œdémateuse des tumeurs dégénérées. Nous ne pouvons envisager séparément tous ces divers cas, l'étude en serait trop longue

(1) Bayle. Dict. des scienc. méd. 1813, t. VII.

et l'intérêt de notre sujet ne s'en trouverait pas augmenté. Disons seulement qu'au point de vue de la rapidité de l'évolution des myômes comme en ce qui concerne leur gravité pronostique, on divise ces tumeurs en deux catégories : *les tumeurs fibreuses* et *les tumeurs fibro-kystiques*.

Cette division nous intéresse peu ; cependant, les indications de l'intervention diffèrent dans les deux cas. Les *tumeurs fibro-kystiques* (et nous ne nous occupons ici que des tumeurs appelées *myo-kystiques* par Lebec (1) qui rentrent seules dans notre sujet) croissent en général avec une très grande rapidité et épuisent les malades comme les kystes de l'ovaire. Certains auteurs, avec Virchow, ont tendance à les considérer comme des dégénérescences malignes et M. Malassez soupçonne que dans certains cas les géodes se produisent au milieu de tumeurs sarcomateuses. Gusserow (2) insiste encore sur la tendance qu'ont ces tumeurs à passer à la suppuration et, pour le gynécologiste de Berlin, c'est là une des raisons qui doivent faire hâter l'intervention. Schrœder (3) n'a jamais vu la durée d'un myôme kystique dépasser dix ans ; il est fréquent, d'après lui, de voir la mort survenir au bout de quelques mois. Joignons à cela les thromboses cachectiques ou autres, les embolies pulmonaires, etc., qui sont bien plus fréquentes dans ce genre de tumeur. C'en est assez pour poser l'indication formelle d'intervention dès que le diagnostic de myôme kystique est certain, d'autant plus que ces tumeurs étant moins souvent interstitielles, leur extirpation est plus facile et plus sûre. Sur 11 cas de laparotomie dans

(1) Lebec. Tumeurs fibro-kystiques. Th. Paris. 1880, n° 35.

(2) Gusserow. Die Neubildungen des uterus. In Deutsche Chir. Billroth et Luecke. 1885, Stuttgart.

(3) Schrœder. Krankheiten der Weibl. Gesch. org., p. 252. Leipzig, 1884.

ces circonstances, Gusserow n'eut que 2 morts, et Grosskopff (1), sur 14 opérations, ne signale que 4 morts.

Les *tumeurs fibreuses* proprement dites n'occasionnent pas habituellement de grands troubles ; le plus souvent elles passent inaperçues. Dans certains cas, cependant, elles amènent des désordres qui obligent à intervenir. M. Pozzi (2), dans son excellente thèse, a très bien mis en relief ces différences en divisant les corps fibreux en deux types cliniques distincts : les corps fibreux *bénins* et les corps fibreux *graves*.

Les causes qui nécessitent le traitement chirurgical des myômes sont multiples ; elles sont souvent assez puissantes pour forcer la main du chirurgien dans des cas où le pronostic est défavorable. Avant tout, on doit poser comme *règle immuable* que toute opération entreprise contre une tumeur utérine qui ne présente pas de symptômes incompatibles avec la vie de la malade est téméraire et non justifiée. Cette conduite, dont on ne doit jamais se départir, est dictée par la gravité de l'intervention et la forte proportion de mortalité. Les moyens dont on dispose aujourd'hui, les modifications avantageuses du manuel opératoire, tout en améliorant les résultats, ne peuvent modifier encore la rigueur de cette restriction.

L'*accroissement rapide* de la tumeur est une des premières indications de l'opération. Il est des cas, en effet, où le myôme présente une *marche galopante* ; en très peu de temps il acquiert un volume considérable, déterminant des symptômes de compression, d'inflammation péri-utérine et d'épuisement. Si en même temps on constate une consistance mollasse, œdémateuse

(1) Grosskopf. Zur Kentniss der cystomyome des uterus. Inaug. Diss. München. 1884.

(2) S. Pozzi. De la valeur de l hystérotomie. Th. d'agrég. 1875.

de la tumeur, si, d'autre part, la malade est encore éloignée de la ménopause, le traitement chirurgical s'impose. Ce sont là les indications formulées par M. Kœberlé (1) au Congrès de Copenhague. Quand on a affaire à une tumeur fibreuse présentant une croissance rapide, tout en n'offrant aucun changement de consistance chez une jeune femme, il faut intervenir avant que le volume ne soit considérable et, pour Schrœder (2), il ne sera permis d'attendre que dans le cas où la malade approchera de cinquante ans. C'est du reste aussi l'opinion de Fritsch (3), de Breslau. Nous pouvons dire cependant, avec M. Kœberlé, que plus on se rapproche de la ménopause, moins l'intervention doit être pressante. M. Péan n'accorde à la ménopause qu'une influence minime sur l'accroissement des tumeurs utérines.

D'autres accidents peuvent encore venir ajouter leur effet à l'épuisement et aux troubles causés par ce développement rapide des tumeurs : ce sont surtout les hémorrhagies, les phénomènes nerveux et les thromboses. Toutes ces complications peuvent, dans bien des cas, être rattachées à l'abondance de l'afflux sanguin vers la sphère génitale ; elles sont loin d'être rares chez les femmes encore jeunes, et quand elles se sont installées depuis quelque temps déjà, elles peuvent contre-indiquer toute intervention. En tous cas, elles aggravent le pronostic, dit Bastard (4), à cause des accidents consécutifs.

Les *hémorrhagies* sont souvent aussi une indication pour l'opération radicale, surtout quand les moyens hémosta-

(1) Kœberlé. Congrès de Copenhague, 1884. In Gaz. méd. de Strasbourg. 1er décembre 1884.

(2) Schrœder. Loc. cit.

(3) Fritsch. Laparomyomotomie. Breslauer ärztl. Zeistchrift. 1883, nº 1.

(4) Bastard. Thrombose veineuse dans les fibromes utérins. Thèse Paris, 1882.

tiques ordinaires ont échoué. Les métrorrhagies à répétition peuvent être tellement rebelles qu'elles causent rapidement l'anémie et un état de faiblesse des plus alarmants.

Il peut exister aussi des *compressions* soit des organes pelviens, soit des organes abdominaux ou thoraciques. Quand les corps fibreux ont atteint un moyen volume, les phénomènes de compression manquent rarement. Il n'y a alors qu'une ressource, l'extirpation de la tumeur. Ce sont surtout les tumeurs développées dans les ligaments larges et enclavées dans le bassin qui donnent lieu à ces symptômes.

Les *douleurs* peuvent être tellement vives qu'elles rendent la vie insupportable ; les désordres nerveux qui résultent de leur violence sont des plus divers. L'ablation de la tumeur arrête souvent les troubles, comme dans plusieurs cas signalés par M. Péan (1).

L'*ascite* n'est jamais une contre-indication à l'opération, malgré l'opinion émise par M. Kœberlé au Congrès de Copenhague ; au contraire, dans bien des cas, elle serait une indication pressante. Quoique la pathogénie de l'épanchement intrapéritonéal ne soit pas encore élucidée (*Bulletin de la Soc. de chir.*, mars 1885), on connaît de nombreux cas où l'ablation de la tumeur a arrêté l'exsudation séreuse. Quand l'ascite a de la tendance à augmenter ou à se reproduire rapidement, il est indiqué, dans bien des cas, et à moins d'épuisement trop prononcé de la patiente, d'opérer au plus tôt. C'est l'opinion d'Olshausen (2) et aussi celle de Schrœder (3).

Pour certains auteurs, la *péritonite* à son début, lorsqu'elle est causée par la présence du corps fibreux, pourrait être arrêtée par une intervention opportune,

(1) Péan. Clinique chirurg., 1876, p. 676 et 677.
(2) Olshausen. Congrès de Copenhague. 1884.
(3) Schrœder. Loc. cit.

mais il ne faut pas que la séreuse soit trop enflammée sous peine de hâter l'issue fatale. Il y a là des circonstances très difficiles à bien apprécier et qui ne peuvent être jugées à l'avance.

Il n'en est pas de même des signes d'*obstruction* pelvienne produits par des déplacements de la tumeur ou par la torsion de son pédicule, des crampes utérines qui les accompagnent et des désordres qui surviennent du côté de la vessie et du rectum. Dans ces cas, dit Kœberlé, si la tumeur n'est pas fixe, il faut intervenir. L'étranglement des organes contenus dans le bassin est une indication pressante, à cause des troubles fonctionnels qui en résultent. M. Pozzi (1) a récemment appelé l'attention sur les désordres qui surviennent quelquefois dans les organes urinaires par compression de la vessie ou des uretères, et il en a tiré des notions essentielles pour la thérapeutique chirurgicale. Il y a lieu, en effet, surtout dans les corps fibreux à évolution pelvienne, d'examiner les reins, d'analyser les urines; on découvrira souvent des altérations parenchymateuses des organes sécréteurs que Winckel (2) avait déjà bien mises en relief. Une compression qui commence à s'exercer sur la vessie ou les uretères, des altérations commençantes des reins révélées par l'hydronéphrose ou une albuminurie passagère, enfin des troubles urémiques peu intenses seront autant d'indications pour un traitement actif. Mais si les lésions rénales sont bilatérales et aggravées, si les symptômes d'une affection brightique sont évidents, il faut, dit M. Pozzi, regarder l'opération comme formellement contre-indiquée. Les rapports des maladies des reins avec les

(1) Pozzi. De la valeur des altérations des reins pour les indications de l'hystérotomie. Annales de Gynécologie. Juillet 1884.

(2) Winckel. Uber myome des uterus. Volkmann's klin. Vorträge n° 98.

grands traumatismes ont été trop bien étudiés dans ces derniers temps par M. le professeur Verneuil pour que nous ayons besoin d'insister plus longuement sur ces considérations.

Les accidents produits par la *gangrène* d'une tumeur utérine sont peut-être ceux qui nécessitent le plus clairement l'intervention. On trouve dans la thèse de Robert (1) de nombreux exemples de septicémie causée par la résorption des produits sphacélés.

Nous ne voudrions pas passer sous silence les indica tions opératoires qui peuvent se présenter lorsque les myômes sont compliqués de grossesse. Nous ne pouvons prétendre traiter ce sujet tout au long; néanmoins la question offre trop d'intérêt pour que nous omettions de nous en occuper quelque peu; elle sera traitée dans un chapitre spécial.

Disons seulement que, pour certains chirurgiens, la *stérilité* que causent souvent les myômes est une raison suffisante pour justifier une intervention thérapeutique active.

Börner (2) n'hésiterait pas à opérer dans des conditions favorables et à la demande de la malade. Telle n'était pas l'opinion de Blandin ni celle de Bayle qui conseillaient aux femmes, atteintes de fibromes, de renoncer à devenir mères. De nos jours, on n'est peut-être plus aussi sévère, et il est certains cas pour lesquels l'intervention chirurgicale semble autorisée. Nous aurons à y revenir plus loin.

Au cours d'une grossesse, on remarque souvent un accroissement rapide des myômes utérins, qu'ils soient interstitiels ou sous-séreux; de là des troubles de compression, de dyspnée, qui mettent le médecin dans la

(1) Robert. Th. Paris, 1885.
(2) Börner. Sammlung klin. Vorträge, n° 202.

nécessité de provoquer l'avortement ou d'extirper la tumeur. Quelle est l'issue la plus avantageuse? Lefour (1) refuse la laparotomie comme trop meurtrière, mais l'avortement provoqué n'expose-t-il pas aussi à d'immenses dangers? On a osé intervenir par la myomotomie ou l'amputation supra-vaginale à diverses époques de la grossesse, et les résultats sont loin d'être décourageants. Dans les observations que nous avons pu réunir et dont les auteurs sont : Schrœder, Hégar, Kaltenbach, Wasseige, Péan, Studsgaard, Hofmeier, on compte deux morts et cinq guérisons. Pour quatre myomotomies, il y eut un seul avortement.

Les *contre-indications* du traitement chirurgical diminuent de jour en jour; grâce aux procédés actuels, aux perfectionnements du traitement intrapéritonéal du pédicule dans l'hystérectomie, le nombre des cas regardés comme inopérables s'affaiblit de plus en plus. Certains gynécologistes allemands ne trouvent déjà plus aucune contre-indication formelle à l'opération; l'état général de la malade seul doit guider le chirurgien. Schrœder, Martin, Olshausen, Spencer Wells, interviennent dans presque tous les cas. Que ces habiles opérateurs ne se laissent arrêter par aucune difficulté matérielle, cela n'a pas lieu de nous étonner; mais, pour ceux qui ont une moindre dextérité, il serait téméraire d'imposer une ligne de conduite et d'aller à l'encontre des sages restrictions énoncées par M. Kœberlé au Congrès de Copenhague. Pour le chirurgien de Strasbourg, l'intervention opératoire est contre-indiquée lorsqu'il existe des adhérences vasculaires étendues à la paroi abdominale ou lorsque la tumeur est enclavée, immobilisée par des connexions trop étendues. Dans certains cas d'inclusion ligamentaire compliquée d'adhérences, quand la

(1) Lefour. Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. Th. d'agrég. 1880.

totalité de l'utérus est hypertrophiée ou quand la tumeur est bilatérale et remplit l'excavation, il serait imprudent de tenter le succès, car il est impossible. Les tumeurs fibreuses multiples, infiltrant l'utérus et se développant vers les ligaments larges, sont regardées comme d'un pronostic grave. Le volume considérable du corps fibreux doit dans certains cas faire renoncer à un traitement radical par suite des troubles que l'ablation peut produire dans l'organisme. L'observation de M. Boissarie (1), de Sarlat, en est un exemple frappant. Aussi faut-il adopter les réflexions de ce chirurgien qui recommande de ne pas attendre, dans le cas d'une tumeur progressant de plus en plus, que l'aggravation des phénomènes douloureux et fonctionnels oblige à intervenir.

Il y a donc réellement dans la détermination du moment opportun de l'opération une indication qu'il est impossible de formuler et qui varie avec chaque cas ; c'est au chirurgien à porter son jugement en connaissance de cause et après avoir insisté auprès de la patiente sur les dangers qui peuvent résulter des diverses tentatives opératoires. On a vu bien des fois des médecins obsédés par des malades faisant le sacrifice de leur vie et demandant à grands cris la guérison ou la mort, céder à ces prières et accumuler les revers. Il est à désirer que l'on sache résister à de telles imprudences. En face d'une constitution affaiblie, anémiée, devant des affections concomitantes incurables, comme le diabète, les lésions rénales avérées, la syphilis, l'hémophylie, la bronchite chronique, les affections cardiaques, etc., le chirurgien doit opposer un refus absolu aux prières des patientes.

Enfin, il faut tenir compte aussi de l'âge de la femme et de l'influence de la ménopause sur la régression des tumeurs. La littérature médicale renferme de nombreux

(1) Boissarie Hystérectomie (Annales de Gynécologie. 1885, t. II, p. 42).

exemples de diminution ou d'arrêt de développement des corps fibreux après la disparition des règles. Il est reconnu, et nous ne nous arrêtons pas sur ce point, que les myômes participent à l'atrophie qui atteint les organes génitaux après la ménopause; ils deviennent durs, peu vasculaires, quelquefois même ils disparaissent entièrement. Toutefois, il ne faut pas trop compter sur l'influence de la ménostasie, car souvent elle se fait très longtemps attendre et, dans bien des cas, l'expectation est une faute. On a cité des observations où les règles persistaient encore à 60 ans, activées apparemment par la congestion permanente produite par les tumeurs. Il est utile de remarquer, à la suite de Péan et Urdy (1), de Lawson Tait, de Rœhrig (2), que certaines tumeurs, de nature fibro-kystique le plus souvent, n'ont aucune tendance à la métamorphose régressive; elles continuent à s'accroître après la fin de la période sexuelle. Dans ces conditions, l'opération est la seule ressource.

Gusserow (3) a soumis à une judicieuse critique les faits de résorption des tumeurs fibreuses, et il est arrivé à un total d'une trentaine d'observations dans lesquelles la disparition des myômes avait été complète. M. Guyon (4) et M. Guéniot (5) ont rapporté aussi des exemples de ce mode de guérison.

La grossesse, par les modifications qu'elle imprime à la tumeur, semble la prédisposer aux métamorphoses

(1) Péan et Urdy. Hystérotomie. Paris 1873.

(2) Roehrig, Die Behandlung der ut. fibrome (Virchow's Archiv. 1881, t LXXXIII, n° 128).

(3) Gusserow. Uber die Behandlung der Blutungen bei ut. myomen. Deutsch. med. woch. 1880, n° 22.

(4) Guyon. Des tumeurs fibr. de l'ut. Th. d'agrég. 1860, p. 56.

(5) Guéniot. Bull. de thérapeutique médicale et chirurgicale, 1872, 30 mars.

régressives; après une augmentation de volume passagère durant la gestation, survient quelquefois une période de diminution rapide. Le corps fibreux semble participer à l'involution post partum. On a même cité des observations de tumeurs utérines qui se sont résorbées en pleine activité sexuelle (M. le professeur Gross nous a confié une observation analogue); c'est ce qui explique le succès du traitement médical dont les statistiques bénéficient de ces heureuses coïncidences.

D'après tout ce que nous venons de dire, on conçoit que le traitement chirurgical des myômes utérins doive toujours être un traitement *de nécessité :* dans aucun cas, il ne devra être appliqué si l'une des indications précédemment établies ne s'impose. Mais en face de tous les accidents que nous avons énumérés, n'avons-nous d'espoir qu'en la chirurgie? On pourrait répondre affirmativement et sans crainte, cependant il ne serait pas juste d'oublier les services qu'ont rendus et que rendent encore certains médicaments dans le traitement symptomatique des tumeurs utérines. Il n'entre pas dans notre intention de les étudier en particulier; nous les énumérerons simplement à cause du rôle adjuvant qu'ils remplissent dans la pratique chirurgicale. Notons qu'avant d'intervenir, il sera toujours bon de tenter le traitement médical, malgré le peu de confiance qu'il inspire; s'il n'a pas guéri souvent, il a du moins quelquefois enrayé la marche de l'affection.

Traitement médical. — Les médicaments les plus usuels sont le chlorure de calcium (M'Clintock), le bromure et l'iodure de potassium qui ont l'inconvénient de fluidifier le sang et de prédisposer aux hémorrhagies, le phosphore et l'arsenic (Guéniot) qui sont des stéatosants trop énergiques, enfin le mercure. Nous devons insister un peu plus longtemps sur le rôle des *injections d'ergo-*

tine et le *traitement d'Hildebrandt* (1). Dans le courant de notre étude, nous aurons plus d'une fois l'occasion de parler de ces injections, nous verrons qu'elles ont été combinées à certaines méthodes de traitement chirurgical. C'est surtout contre les hémorrhagies qu'elles ont une action indiscutable, elles permettent souvent ainsi d'attendre l'époque de la ménopause.

Le traitement d'Hildebrandt a aussi un autre but : celui de déterminer l'atrophie des tumeurs ou leur expulsion par le vagin si elles sont sous-muqueuses. Malheureusement on compte les observations probantes; elles sont tellement rares que l'on doit hésiter à attribuer à la médication la disparition du mal. Toutefois Schrœder (2) et Gusserow (3) croient à une certaine action du seigle ergoté dans le cas où la tumeur est molle et siège dans le tissu utérin; on comprend que sous l'influence des injections répétées jusqu'à 100 fois, la nutrition du fibrome soit compromise et arrêtée. C'est encore par les contractions incessamment provoquées que l'on pourrait remarquer la pédiculisation de la tumeur, même son expulsion par les voies génitales (Spiegelberg, Schrœder). Notons de suite les dangers d'une semblable thérapeutique, les phénomènes inquiétants qui suivent parfois les injections, fièvre, phlegmons, éruptions de toute nature, etc., et surtout les grands accidents résultant de l'intoxication de l'organisme par l'ergotine, la gangrène. A-t-on réellement observé des résultats? Hildebrandt, sur 25 cas de myômes traités avec persévérance, a observé 5 disparitions complètes; Liebreicht, de Liège, cité par Gusserow, a vu une tumeur qui remontait au-dessus de l'ombilic

(1) Hildebrandt. Berl. klin. Wochenschr., 1872, n° 25.

(2) Schrœder. Loc. cit.

(3) Gusserow. Die Neubildungen des uterus. Stuttgard, 1885, p. 76.

disparaître en deux ans après 52 injections sous-cutanées et l'application de nombreux suppositoires d'ergotine. Gusserow, Schörler (1), sur 20 cas observés à la clinique de Schrœder, n'ont jamais vu de diminution notable de la tumeur; c'est aussi ce qui ressort des communications d'Emmet et de Backer (2) à la Société gynécologique de New-York. D'un autre côté, Byford (3), en Amérique, se déclare partisan des injections d'ergogotine; il fournit une statistique de 61 cas, total de la pratique de White, de Goodrick, Howard et Jackson, et donne une proportion de 18 guérisons complètes, de 26 améliorations et de 14 insuccès. Comme le fait observer Gusserow, ces résultats prêtent à la critique; du reste, la longueur du traitement, les accidents qu'il détermine sont des raisons suffisantes pour le faire rejeter dans bien des cas.

E. Jäger (4), dans sa thèse, revient encore sur le traitement d'Hildebrandt qu'il soutient et arrive à des résultats qu'il n'est possible d'accepter qu'après plus ample examen. Suivant ses observations, on aurait noté la disparition de la tumeur dans 20 0/0 des cas, dans 16 0/0 l'amélioration et dans 16 0/0 aucun changement dans son volume. C'en est assez pour faire comprendre que tous les observateurs sont à peu près d'accord pour déclarer que le traitement par les injections sous-cutanées d'ergotine n'a fréquemment pour but que de déterminer des douleurs intenses, des inflammations, des abcès; quant à l'avantage thérapeutique, il est souvent nul, rarement appréciable.

(1) Schörler. Zeits. f. geb. und gyn., 1884.
(2) Backer. Obstetr. Journal. II, p. 432.
(3) Byford. Transact. of the amer. med. Association. Philadel., 1875.
(4) Jäger. Behandlung der Fibromyome des uterus. Inaug. Diss. Berlin, 1880.

Delore (1) avait employé, en 1877, 63 fois les injections interstitielles d'ergotine dans l'utérus (ergotine à 0,15 — 0,4 — 0,6 par dose), mais il n'obtint que peu de résultats. Schücking (2) ne fut pas plus heureux. Heurtaux (3) eut le regret de voir mourir sa malade à la suite d'une péritonite déterminée par la pénétration de la canule à travers le cul-de-sac de Douglas.

L'électricité est un autre mode de traitement dont on a beaucoup exagéré l'importance dans ces derniers temps. Kimball, Routh ont employé les courants continus, d'autres ont employé les courants induits avec des modifications multiples. On n'aurait qu'à se reporter pour la technique opératoire aux travaux d'Aimé Martin (4), de Chéron (5), de Friccmann (6), d'Apostoli (7), de Hélot, de Tripier (8), de Martin, à la thèse de Carlet, si violemment critiquée par la Faculté de médecine et les gynécologistes en général. Récemment encore Everett (9) rapportait 17 nouveaux cas dans lesquels il avait obtenu les meilleurs effets de l'électricité. Suivant cet auteur, le courant faradique (qui d'après lui est préférable) amènerait la guérison en empêchant l'afflux du sang et en détachant la tumeur de ses enveloppes. Martin, de Paris, fit jusqu'à 80 et 100 séances; il rapporte 4 guérisons et 4 améliorations sur 12 observations.

Cutter (10) employa l'électropuncture; c'est déjà là un traitement plus dangereux dont on comprend, du reste,

(1) Delore Gaz. hebd. 1877, n° 16.
(2) Schücking. Berlin, klin. Woch., 1883, n° 27.
(3) Heurtaux. Journ. méd. de l'Ouest, 1878.
(4) Aimé Martin, Annales de Gynécologie, 1879.
(5) Chéron, Revue méd. chir. des maladies des femmes, 1880.
(6) Friccmann. Centralb. f. gyn , 1878.
(7) Apostoli. Acad. de médecine, 1881.
(8) Tripier. Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1883.
(9) Everett. Soc. méd. de New-York New-York med J. 18 avril 1885.
(10) Cutter. Americ. Journ. of med. sc. Juillet 1878.

beaucoup mieux l'action. Par l'introduction des aiguilles jusque dans la tumeur, on peut déterminer des phénomènes intimes aboutissant à l'isolement de celle-ci, quelquefois à sa gangrène. A 3 guérisons et 4 améliorations obtenues par ce procédé, on doit opposer 4 morts et 32 insuccès. Ces résultats nous dispensent de commentaires.

Les médecins sont d'accord pour reconnaître à certaines *eaux minérales* (eaux bromurées et chlorurées sodiques) une vertu curative en ce qui concerne les myômes utérins. Depuis longtemps on a constaté les effets salutaires des stations de Creuznach, de Salins, de Kissingen et de Salies-de-Béarn. L'usage des eaux-mères facilite l'emploi des bains dans toutes les conditions et les applications locales continues sur le ventre. On a noté quelques succès à la suite de ce traitement. Freund, cité par Gusserow, a obtenu deux succès en recommandant l'usage interne de l'eau de Jastrzember.

Nous mentionnerons seulement un autre mode de traitement peu employé à juste titre, le *massage*. Simpson et Breslau s'en déclarèrent partisans, mais, au lieu de calcifier la tumeur, but proposé, ces chirurgiens n'aboutirent qu'à produire des pelvipéritonites et des adhérences inflammatoires.

Nous avons énuméré les principales ressources du traitement médical et, pour nous résumer en un mot, nous pouvons dire que tous ces moyens n'ont qu'un *rôle accessoire*. Ils seront employés utilement contre les accidents et les complications des myômes utérins en attendant l'application du traitement chirurgical, ou comme seul espoir lorsque ce dernier sera contre-indiqué.

Il est toutefois une catégorie de corps fibreux qui sont justiciables de cette thérapeutique, ce sont ceux qui ne causent que peu de troubles et qui commencent à se

développer. Les myômes multiples qui infiltrent tout le tissu utérin, font saillie au-dessous de la muqueuse et engendrent des hémorrhagies profuses, sont ceux qui réclament le plus impérieusement l'application des médications précédentes. La fréquentation des stations thermales, les injections d'ergotine sont les modificateurs les plus sûrs en cette occurrence.

Il nous reste maintenant à étudier le traitement des myômes qui satisfont aux indications que nous avons posées et qui sont justiciables des ressources de l'arsenal chirurgical. Tous les modes de traitement que nous analyserons successivement ont pour but :

1° Soit l'ablation de la tumeur;

2° Soit de provoquer l'arrêt de son évolution et la suppression des troubles qu'elle cause.

Fidèle à l'ancienne division adoptée par MM. Péan et Urdy, par M. Pozzi, dans sa thèse, et par la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet, nous étudierons le traitement des myômes d'après leur siège, suivant que dans leur développement ils ont plus de tendance à faire saillie vers la cavité abdominale ou vers le vagin.

On sait, en effet, qu'un myôme, primitivement interstitiel, reste rarement inclus dans la paroi même de l'utérus, et recouvert également par la séreuse et la muqueuse, bien plus fréquemment il se développe vers une des faces de l'organe, qu'il repousse en s'en coiffant. Nous pourrons donc étudier le traitement chirurgical des myômes, suivant :

1° Que ces tumeurs ont une évolution vaginale ;

2° Ou qu'elles ont une évolution abdominale.

Ce sont là les deux grandes divisions de notre sujet; elles ont quelques points de ressemblance avec le plan adopté par M. Pozzi dans son cours à l'hôpital de Lourcine. Notre plan est facile à comprendre : nous décri-

rons chaque procédé opératoire à propos de chacune des tumeurs à laquelle il est applicable, nous aidant des considérations anatomiques, des notions de siège, des rapports avec les parties voisines, des complications pour formuler des indications précises.

Dans une PREMIÈRE PARTIE, à propos des tumeurs qui sont accessibles par le vagin, nous aurons à traiter surtout de *l'énucléation* dans ses divers modes et des procédés particuliers aux myômes du col. Nous passerons rapidement sur les polypes que le titre général de notre sujet ne nous permet pas de laisser entièrement de côté.

Dans une SECONDE PARTIE, nous aborderons les procédés d'énucléation, d'extirpation des corps fibreux accessibles par la voie abdominale, les procédés d'amputation partielle ou totale de l'utérus et les discussions si importantes qu'ils entraînent.

C'est dans cette deuxième partie que nous nous occuperons de la castration et de ses indications.

A la description de chacune des principales méthodes opératoires, seront annexées des statistiques à l'aide desquelles nous essaierons de juger la valeur des procédés.

PREMIÈRE PARTIE

MYOMES A EVOLUTION VAGINALE

Nous avons adopté le terme d'*évolution vaginale* pour faire entrer dans une seule catégorie tous les modes de traitement que l'on peut appliquer aux myômes accessibles par la voie vaginale. En réalité, une grande partie des tumeurs dont nous allons nous occuper n'offre aucun rapport avec le vagin; ces néoformations proéminent seulement dans la cavité utérine en soulevant la muqueuse. Nous voyons donc dès maintenant la nécessité de diviser les myômes à évolution vaginale en deux classes :

1° Les myômes pédiculés ou « *polypes* ».

2° Les *myômes sessiles*, qu'ils soient interstitiels ou sous-muqueux.

Entre ces deux classes, il n'y a pas de limite bien déterminée et la présence ou l'absence de fibres musculaires dans le pédicule de la tumeur ne peut être réellement un signe distinctif; mais en choisissant le terme de *myômes sessiles*, nous croyons qu'il n'est pas très utile de nous expliquer longuement. Nous n'avons, du reste, besoin que d'une définition purement clinique et nous la chercherons dans la technique opératoire. Les myômes du second groupe, autrement dits sessiles, sont ceux qui, par toute ou partie de leur surface, sont inclus dans le tissu de la paroi utérine et dont l'extirpation nécessite des manœuvres d'énucléation ou d'exérèse des-

tinées à rompre leurs connexions avec les parties voisines.

Il y a une foule de degrés entre les deux classes de tumeurs que nous avons établies, mais les variétés qui s'y rattachent, étant susceptibles du même traitement que les polypes ou les myômes sessiles, n'échapperont pas à notre description.

CHAPITRE PREMIER

POLYPES.

Nous voulons sur ce sujet être très bref, comme nous l'avons annoncé plus haut. Le traitement chirurgical des myômes pédiculés à évolution vaginale n'offre, en effet, aucun point nouveau qui prête à discussion, aucune modification sérieuse au manuel opératoire employé depuis longtemps déjà. Nous préférons donc réserver le court espace de temps qui nous est laissé pour l'étude des autres tumeurs fibreuses utérines. Nous allons rapporter cependant, pour être complet, les principaux procédés d'ablation des polypes.

On peut, comme le fait remarquer M. Pozzi (1), diviser les polypes en trois classes, d'après leur degré d'évolution. Dans une première période, le corps fibreux déjà pédiculé est *intra-utérin*, complètement renfermé dans la cavité de la matrice qui se trouve souvent très dilatée (grossesse fibreuse). Dans une deuxième période, le polype a de la tendance à entr'ouvrir le col qu'il franchit à peine au moment des règles pour disparaître dans les intervalles, c'est la variété de polypes *intermittents*. Enfin, dans une troisième période, nous trouvons les polypes qui, étant au dernier terme de leur évolution, sont complètement sortis de l'utérus ou bien ont franchi en par-

(1) Pozzi. Etude sur une variété clinique de polypes fibreux (polypes énormes). (Revue de chirurgie. Février 1885.)

tie le col de l'organe. Ce sont les polypes *vaginaux* ou *utéro-vaginaux*.

Dans tous les cas, avant d'intervenir, le chirurgien doit toujours se rendre compte de plusieurs dispositions importantes de la tumeur :

a) De son volume, de sa forme;

b) De la largeur du pédicule;

c) Du point d'implantation de ce pédicule;

d) Du degré de dilatabilité du col;

e) De l'état général causé par la présence du polype.

Il n'est pas inutile de satisfaire à toutes ces questions, comme nous allons le voir; en effet, si elles ne sont pas résolues, on s'expose quelquefois à de grandes difficultés opératoires.

Pour faire l'ablation de la tumeur par la voie vaginale, il est nécessaire que son volume ne soit pas trop considérable, que la main puisse s'introduire en partie en contournant le polype pour sectionner son pédicule à l'aide d'un instrument spécial, après avoir exploré son point d'implantation et la forme de la matrice.

Cette condition est loin d'être toujours satisfaite; c'est surtout dans la variété de tumeurs décrite par M. Pozzi sous le nom d'*énormes polypes*, ou lorsque le col utérin est serré contre le corps fibreux (forme en sablier, polype multilobé), que les obstacles sont difficiles à vaincre. On a imaginé dans ces cas des moyens destinés à réduire le volume de la tumeur. Simon (1) a proposé l'allongement, Hégar l'incision spiroïde de la coque, d'autres le morcellement (Péan, Kimball), l'amoindrissement par le forceps. Nous décrirons tous ces procédés au chapitre de l'énucléation.

On éprouve souvent assez de peine à faire le morcellement de ces *énormes polypes*, même quand on opère

(1) Simon. Monatsschrift f. Geburstk., t. XX, p. 467.

avec le bistouri, à l'exemple de Chassaignac et de Dupuytren ; ce sont, du reste, toutes ces difficultés opératoires, qui, jointes aux phénomènes d'épuisement et de septicémie, causent la perte des malades. M. Pozzi, sur 13 observations, compte cinq morts.

Un autre obstacle réside encore dans la non-dilatabilité du col utérin, quand le polype n'est pas vaginal. Il faut alors procéder à *la dilatation* du col que nous étudierons plus loin dans ses diverses méthodes de dilatation sanglante ou non sanglante, lente ou extemporanée.

Les polypes peuvent s'ulcérer, enflammer la muqueuse du canal génital et être la cause de sécrétions fétides qui s'accumulent dans les culs-de-sac en arrière de la tumeur. Les phénomènes de septicémie sont loin d'être rares et il est prudent de ne pas opérer dans ces conditions déplorables pour éviter l'*auto-inoculation* et les accidents consécutifs. MM. Verneuil et Pozzi insistent avec raison sur ces conditions défectueuses que l'on rencontre si souvent dans la pratique hospitalière et qui doivent contraindre le chirurgien à faire au préalable une désinfection attentive du foyer opératoire. Dans le cas de polype cavitaire proprement dit, les accidents septicémiques sont fréquents après l'opération, en raison de la stagnation des germes et des produits de l'inflammation de la muqueuse utérine, état que M. Pozzi désigne sous le nom de *métrite fibreuse;* il sera donc indiqué de faire usage, dans ce cas aussi, des lavages antiseptiques répétés.

Dans des circonstances qui sont loin d'être rares, on pourra se trouver contraint à une intervention rapide par la constatation des symptômes septicémiques dont nous venons de parler, aussi bien que par les hémorrhagies répétées, d'autant plus que la conséquence de l'absorption des germes septiques est souvent de produire une dyscrasie sanguine prédisposant aux pertes de sang

continuelles. Pour ces raisons, l'ablation immédiate des polypes cavitaires, peu accessibles par suite du resserrement du col utérin, se trouvera quelquefois indiquée.

Certains auteurs cependant aiment mieux administrer le sulfate de quinine et l'aconit à l'intérieur contre les accidents fébriles et attendre l'expulsion spontanée du corps fibreux hors de la cavité utérine. On peut favoriser la migration de la tumeur par des essais de dilatation du col, par des incisions de la partie vaginale de ce col, par l'application de l'électricité ou l'usage des injections d'ergotine. Mais ces moyens peuvent être dangereux à cause de leur longueur et aussi parce qu'ils permettent aux symptômes d'infection de s'accentuer. D'ailleurs, on n'est pas toujours certain d'arriver au résultat, malgré les observations publiées par Fritsch (1), Brubecker (2) et Dean (3). Nous avons observé dans le service de M. le professeur Herrgott, à la Maternité de Nancy, un exemple heureux de migration spontanée d'un polype cavitaire, à la suite d'incision du col et de l'administration d'ergotine.

C'est donc au traitement chirurgical extemporané qu'il faudra le plus souvent donner la préférence, en y ajoutant la médication employée habituellement contre l'anémie et les accidents fébriles, s'il y a lieu.

A l'époque où l'on n'opérait que les polypes intra-vaginaux, les moyens d'extirpation étaient peu compliqués ; c'était surtout à l'arrachement et à la torsion que l'on avait recours. Quand les polypes étaient plus volumineux, on appliquait la ligature, à cause de la crainte exagérée de l'hémorrhagie. Mais depuis que Dupuytren et Chassaignac ont démontré que la section du pédicule,

(1) Fritsch. Centralb. f. gyn., 1879, p. 18.
(2) Brubecker. Philadelph. med. Times. 1878, 19 janv.
(3) Dean. Boston med. J. 1878, 24 jan.

l'excision même de la tumeur ne donnent lieu qu'à une faible perte de sang, le procédé de la ligature lente est presque tombé en désuétude.

La ligature n'est pas, du reste, toujours facile à appliquer, témoin la longue série de porte-fils, d'instruments variés qui portent les noms de Levret, d'Emmet, etc. Mais c'est là le moindre de ses inconvénients; elle expose à des dangers prolongés de septicémie par la présence d'une tumeur qui se putréfie au contact de la muqueuse vaginale. Ajoutons que l'ablation lente est fort douloureuse et qu'il est fréquent d'observer, après la ligature, une augmentation de volume du myôme qui s'œdématie et comprime les organes voisins. Hégar et Kaltenbach (1) citent dans leur ouvrage la statistique de Lee qui eut 9 morts sur 59 malades; d'après Gusserow et West (2), Lee aurait eu réellement 9 morts sur 20 opérés. On n'est pas, malgré la ligature, à l'abri de toute hémorrhagie, car Meighs en rapporte un exemple, et l'on comprend très bien que la septicémie y prédispose. Smith signale un cas de tétanos.

M. Péan emploie encore la ligature lente du pédicule en se servant de sa double canule pour placer le fil. Le polype se détache vers le 7e jour; jamais ce chirurgien n'aurait observé d'accidents de septicémie.

On a proposé une modification importante à la méthode de la ligature lente, c'est de sectionner le pédicule de la tumeur au-dessous de la ligature en enlevant le corps du délit. Quoi qu'il en soit, la mortalité à la suite de la ligature lente est considérable, elle dépasse celle du choléra asiatique, dit Gusserow (3), et l'on peut dire que l'emploi de

(1) Hégar et Kaltenbach. Gynécologie opératoire. Stuttgard. 1886.
(2) West. Leçons sur les maladies des femmes. Trad. Mauriac. Paris, 1870.
(3) Gusserow. Die neubildungen des Uterus. In Deutsche Chir., p. 87. Lief. 57.

cette méthode opératoire doit être regardée de nos jours comme une faute opératoire (Gusserow).

Quand le pédicule est mince, peu vasculaire, il est possible de procéder, comme pour les polypes muqueux, par *arrachement*; cependant ce moyen n'est pas à recommander à cause des tractions qu'il nécessite et des lésions possibles de la muqueuse utérine. Duncan en est partisan pour bien des cas.

La *torsion* est souvent employée pour des polypes à pédicules très épais ; elle a l'avantage de déterminer presque sûrement l'hémostase sans exercer de tractions sur l'utérus. Rarement cependant elle est appliquée seule, on la combine aux tractions modérées ou bien on l'emploie comme deuxième temps opératoire après l'énucléation ou l'excision partielle. Ellinger (1) a recommandé dans ces derniers temps la torsion ; il la croit plus sûre que les autres procédés. Quand on a affaire à des tumeurs dont le pédicule est assez épais, il faut employer des moyens plus radicaux ; on fait alors usage du bistouri, des ciseaux ou de la chaîne à écraseur et de l'anse galvanocaustique.

L'hémorrhagie, après section simple du pédicule avec le *bistouri* ou les *ciseaux*, est en général tellement faible, que l'on doit recourir le plus souvent possible à cette méthode simple et bénigne. Dupuytren, sur 200 opérations faites dans ces conditions, n'eut que 2 fois un écoulement sanguin qu'il put arrêter par le tamponnement. Gusserow insiste cependant sur la présence de vaisseaux assez volumineux dans quelques pédicules et recommande le tamponnement prophylactique après l'opération. M. Pozzi évite, dans la mesure du possible, le tamponnement, à cause des accidents septiques qu'il peut produire ; en tous cas, il le renouvelle au bout de vingt-

(1) Ellinger. Archiv. f. gynæcologie. Bd. 14, p. 171.

quatre heures en saupoudrant les tampons de poudre d'iodoforme. Après l'opération avec les ciseaux de Cooper, de Siebold, etc., ou à l'aide de divers polypotomes (polypotomes d'Aveling, pince à emporte-pièce de Nélaton, etc.), l'hémorrhagie est presque toujours nulle, parce que l'excitation mécanique que la section imprime aux muscles est suffisante pour faire rétracter ce qui reste de la tumeur et oblitérer les vaisseaux.

Lorsque le pédicule est mou et assez développé, le meilleur procédé, dit Spencer Wells, consiste à le comprimer fortement avec un brise-pierre ordinaire ou avec le polypotribe d'Aveling ou celui de Sims, qu'on laisse en place quelques minutes après avoir excisé la tumeur. Spencer Wells s'est servi de pinces à forcipressure pour saisir le pédicule avant et après la section, afin d'arrêter l'hémorrhagie. Ces pinces étaient retirées au bout de quelques heures.

L'*écraseur* est employé par un certain nombre de chirurgiens, parce que la section est exsangue et en général facile. C'est la méthode de Chassaignac qui est préférée dans les cas de pédicules volumineux et faciles à atteindre. On se sert aussi de l'écraseur à double chaîne de Verneuil.

Quand le pédicule est court et le polype intra-utérin, le passage de la chaîne devient plus difficile et exige même quelquefois le morcellement ou de légères tractions avec les pinces de Museux ou de Greenhalgh. MM. Verneuil et Pozzi (1) ont imaginé de conduire la chaîne sur un fil de fer rigide ou sur un cercle de caoutchouc qui s'applique sur toutes les irrégularités de la tumeur; d'autres emploient la pince porte-chaîne de Mathieu. La division s'opère plus sûrement avec l'écra-

(1) Pozzi. Revue de chir. Février 1885.

seur qu'à l'aide de tout autre mode d'exérèse, mais elle expose à de grands dangers.

Les modifications de la section par l'écraseur sont multiples; en première ligne il faut citer le *serre-nœud* de Maisonneuve, instrument préféré par M. de Sinéty (1), à cause de son application facile. Viennent ensuite l'écraseur de Meier et Meltzer, imaginé par Meadows, celui de Braxton-Hicks, dont l'anse est composée de plusieurs fils de fer réunis, l'écraseur de Desprez, etc., etc. On remarque souvent que les fils métalliques de ces appareils ne sont pas assez résistants et se brisent pendant l'opération, ce qui est arrivé à Fabbri (2) pour l'écraseur et l'anse galvanocaustique; de plus, ils ont tous, sauf l'écraseur de Meier et Meltzer, l'inconvénient de ne pas sectionner entièrement les tissus, à cause de l'impossibilité de faire rentrer complètement l'anse dans le manche de l'instrument. L'anse galvanocaustique est passible du même reproche.

Mais les griefs les plus puissants que l'on puisse élever contre les écraseurs en général viennent de ce qu'on est exposé avec ces instruments à opérer à l'aveugle; il en résulte des accidents quelquefois très graves. M. Tillaux (3) sectionna un jour la paroi utérine dans toute son épaisseur et perdit sa malade de péritonite; en cherchant dans la littérature médicale, on trouverait un certain nombre d'exemples de ce genre. Mais ce n'est pas tout; les hémorrhagies secondaires peuvent encore se produire dans la suite, et l'on trouve dans tous les traités classiques le fait de Bayard qui vient à l'appui de cette assertion; le cas de la malade de Bœckel (4), qui mourut

(1) De Sinety. Traité pratique de gynécologie, 1884.

(2) Fabbri. Trad. Mégrat. Annales gynécologie, 1884, t. I, p. 120.

(3) Tillaux. Ann. de gynéc., t. II, p. 461.

(4) Bœckel. Gaz. méd. de Strasbourg, 1er juin 1875.

de tétanos après l'ablation d'un myôme inséré sur la lèvre postérieure du col avec une anse de fil de fer, n'est pas moins connu. Sectionner le pédicule le plus près possible de la paroi utérine est un desideratum que ne peut guère remplir l'emploi de l'écraseur, à moins d'exposer à des accidents. D'habitude le reste de la tumeur se rétracte et forme un moignon inerte ou se résorbe à peu près complètement; il est préférable, suivant Gusserow, de cautériser la surface coupée, quand on peut le faire sans danger. Le moignon ainsi rétracté peut-il donner lieu à des récidives? La question n'est pas tranchée; si elle était résolue par l'affirmative, ce serait une raison de plus pour abandonner dans bien des cas l'écraseur et l'anse galvanocaustique.

Le *galvanocautère* est plus dangereux que l'écraseur, en ce qu'il peut causer des désordres du côté de la cavité utérine, même après l'introduction de l'anse dans un tube protecteur; quant au procédé opératoire en lui-même, il est passible des mêmes reproches que celui de l'écraseur et nous n'y revenons pas. Il a été bien exposé par Byrne(2), qui en est un zélé partisan.

En résumé, d'après Stoltz (3), l'ablation des polypes doit, autant que possible, être faite par les moyens simples, excision par les ciseaux conduits sur le doigt ou par la torsion, si le pédicule est accessible et assez mince. Dans le cas contraire, il faut faire le morcellement, l'évidement de la tumeur et se servir de l'écraseur suivant la manière adoptée par M. Pozzi.

Nous tenons encore à signaler les dangers de septicémie qui accompagnent quelquefois les extirpations les

(1) Byrne. Electro-cautery in uterine surgery. New-York, 1873.

(2) Stoltz. Revue méd. de l'Est. Février, 1875.

plus simples de polypes utérins ; il sera donc nécessaire pour les prévenir d'organiser des lavages antiseptiques réguliers, comme nous aurons l'occasion de le recommander à propos de l'énucléation.

CHAPITRE II

MYOMES SESSILES.

Suivant la définition que nous avons donnée plus haut des myômes sessiles, ces tumeurs sont, par un de leurs pôles, en rapport avec le tissu musculaire de l'utérus, par l'autre avec la muqueuse utérine; dans d'autres cas, s'ils sont intra-muraux, ils sont complètement inclus dans le muscle utérin. Ce qui caractérise surtout ces corps fibreux dont nous allons nous occuper, c'est leur tendance à se développer vers la cavité utérine; ils ont, comme le dit Vulliet (1), une évolution *centripète*; tandis que ceux qui font saillie vers la cavité abdominale ont une *évolution centrifuge*.

Mais dans cette partie de notre sujet, nous devons nous occuper de tous les myômes utérins accessibles par le vagin, aussi bien de ceux qui se sont portés vers le canal génital que de ceux qui, partis du col utérin, ont pris leur développement vers les régions anté ou rétro-vaginales. Il est donc nécessaire, avant d'aller plus loin, de faire deux divisions distinctes :

1° Myômes à évolution vaginale développés aux dépens du corps de l'utérus;

(1) Vulliet. Contribution à l'étude du traitement des fibro-myômes intrapariétaux. Arch. de Tocologie. (Avril 1885, p. 336.)

2° Myômes accessibles par le vagin, développés aux dépens du col de l'utérus.

Dans cette dernière classe, nous exposerons le traitement de toutes les tumeurs qui ont leur point de départ dans les différentes parties du col, et qui, par conséquent, restent intra-vaginales ou se mettent en rapport avec le tissu cellulaire environnant le vagin. Le traitement des corps fibreux sous-ligamentaires sera étudié plus loin avec les myômes à évolution abdominale, quoiqu'en réalité ils se portent plutôt sur le plancher pelvien, en dehors de la cavité péritonéale. On nous pardonnera ce petit défaut de précision dans notre division; nous ne l'avons adoptée du reste que pour éviter l'aridité de l'exposé de procédés opératoires successifs et pour être mieux en mesure de comparer entre elles les grandes méthodes de traitement.

I. — Myomes a évolution vaginale développés aux dépens du corps de l'utérus. — On admet généralement que tous les myômes sont interstitiels à leur début, puisque, en grossissant, ils repoussent autour d'eux le tissu utérin qui leur fournit les matériaux nécessaires à leur nutrition. Dans une seconde période, ces productions pathologiques, sous l'influence des contractions périodiques, émergent des parois et deviennent cavitaires ou péritonéales.

Dans une troisième période, les tumeurs ont subi une évolution *centripète* ou *centrifuge*, elles ont pu quitter en partie ou complètement leurs connexions avec le tissu musculaire utérin, elles ont tendance à former de véritables polypes.

Telles sont les trois phases par lesquelles passent les myômes utérins; il est rare de les voir rester interstitiels pendant tout leur développement; dans ces circonstances, on a plutôt affaire à une véritable hypertrophie,

à une dégénérescence fibreuse de l'organe qu'à une tumeur. Les cas les plus favorables pour le chirurgien sont, sans contredit, ceux qui rentrent dans la catégorie des myômes pédiculés, puis ensuite ceux qui sont à la seconde période de leur évolution.

On a cherché à hâter le travail de la nature en favorisant l'évolution centripète de la tumeur, et, pour ce faire, on a imaginé plusieurs procédés. Les uns consistent en l'application de l'*électricité*, en l'administration de *médicaments* provoquant des contractions; les autres, plus énergiques, ont pour but d'exciter directement la matrice par des *incisions* sur le col ou par la *dilatation artificielle*. Le but est toujours le même : rendre la tumeur accessible, provoquer son expulsion spontanée hors de la cavité utérine ou tout au moins son apparition à travers le col dilaté. M. Vulliet (1) a récemment publié quatre observations de myômes interstitiels dont il provoqua la pédiculisation par des manœuvres que nous aurons à exposer tout à l'heure.

C'est aussi dans le but d'imiter la nature que certains auteurs ont proposé l'usage de moyens propres à déterminer l'*atrophie* et la *gangrène* de la tumeur.

Nous avons déjà vu que, dans des cas malheureusement trop rares, les corps fibreux pouvaient disparaître (Marchal de Calvi (2) en a cité 26 exemples dont 3 pendant la grossesse) par résorption; ils peuvent disparaître encore par gangrène. L'inflammation de ces productions généralement peu vasculaires est peu fréquente; les modifications que l'on observe se rattachent plutôt à la gangrène. Il suffit d'une simple incision intéressant la capsule d'enveloppe ou même d'une cautérisation un peu vive avec

(1) Vulliet. Contribution à l'étude du traitement de quelques myomes intra-pariétaux. (Archives de tocologie. Avril 1885).

(2) Marchal de Calvi. Annales de la chir. française et étrangère, t. II, p. 385.

le thermocautère pour arriver au résultat désiré. Nous allons donc examiner les procédés à l'aide desquels on est arrivé à obtenir les modifications précédentes.

1° *Procédés qui ont pour but de provoquer l'élimination et la gangrène de la tumeur.* — Si la tumeur développée sur le corps de l'utérus est franchement cavitaire, le succès est bien plus certain et les dangers moins grands; si elle est interstitielle, les conditions sont beaucoup plus défectueuses. La dilatation du col est absolument nécessaire pour l'application des moyens thérapeutiques. Si elle n'existe pas, on la provoque par des méthodes que nous énumèrerons plus loin. Il y a donc des indications spéciales pour ces procédés; il faut, outre la dilatation du col, que l'exploration intra-utérine ait révélé une tumeur faisant relief dans la cavité et facilement accessible. Le volume du myôme ne doit pas être non plus trop considérable, sous peine d'exposer la malade à la métro-péritonite et à l'infection.

C'est Retzius (1) qui, le premier, chercha à produire la guérison des myômes par la *gangrène*. Il fit usage du fer rouge après dénudation de la tumeur; au bout de plusieurs séances et après une longue suppuration, sa malade finit par guérir. West, qui traita par de simples incisions un myôme sous-muqueux, vit aussi la guérison survenir après gangrène. Mais c'est Baker-Brown (2) surtout qui se porta comme champion convaincu de ce mode de traitement. Rarement il se servit du fer rouge, il préférait enlever à l'aide d'un bistouri spécial la partie accessible de la tumeur, et abandonnait le reste à la suppuration. Sur 6 cas traités de cette façon, il n'eut qu'une mort par pyohémie, ce qui nous semble bien peu, vu la gravité de cette thérapeutique. Baker-

(1) Retzius. Neue Zeitschrift f. Geburtskunde. Bd. XXXI, p. 423.

(2) Baker-Brown. Obstet. Transact. London, I, p. 239, et III, p. 67.

Brown ne fut pas longtemps sans s'apercevoir des inconvénients multiples de son procédé, il le modifia, sans réunir toutefois beaucoup de partisans.

Greenhalgh et Playfair (1) adoptèrent la manière de faire de Retzius, mais il faut dire que ce fut généralement pour des fibromes du col, dont le pronostic est loin d'être mauvais; il y eut néanmoins une mort par septicémie.

Abeille (2) recommandait pour le traitement des fibromes interstitiels l'*hystérotomie ignée*, qui, sur 6 cas, lui avait donné 6 succès. Dans ce procédé, la dissection et la destruction des tumeurs s'effectuent à l'aide d'instruments cutellaires ou de pointes de différents calibres adaptées sur un manche spécial et chauffées au rouge cerise. On sectionne le point saillant de la tumeur en divers sens en perforant, s'il est possible, le fibrome avec le fer rouge. Abeille ne semblait pas craindre les perforations des parois, les accidents de suppuration même étaient, selon lui, facilement conjurés par des lavages antiseptiques.

Nous laissons à penser combien tous ces procédés sont dangereux; ils laissent, en effet, dans l'utérus des lambeaux de tumeurs gangrénés, adhérents aux tissus voisins et produisant facilement par résorption septique des phénomènes généraux analogues à ceux qui accompagnent la décomposition de débris placentaires non détachés. Joignons à cela l'éventualité toujours menaçante d'une métro-péritonite ou d'une hémorrhagie. Ces mêmes dangers se présentent lors d'inflammation et d'expulsion des corps fibreux après l'accouchement comme dans les cas de Benicke, de Ruge, de Fry, etc. que nous rapportons dans nos tableaux.

(1) Playfair. Obstetr. Journ., t. II, p. 152.

(2) Abeille. Analyse par Müller. Gaz. méd. de Strasbourg, 1879, n° 6. — Chirurgie ignée, 1886.

2° *Procédés qui ont pour but de provoquer l'expulsion spontanée de la tumeur.* — A propos du traitement médical, nous avons déjà parlé du rôle que jouent l'électricité et les injections d'ergotine; nous devons y revenir un peu en ce moment à cause du concours utile que ces moyens prêtent à la chirurgie.

Nous avons cité des exemples d'expulsion spontanée de fibromes sous l'influence de l'ergotine, mais ces faits sont trop rares pour qu'on soit en droit de fonder sur eux une méthode thérapeutique. Un effet certain produit par l'ergotine et l'électricité, c'est l'isolement du myôme au milieu du tissu utérin et sa progression vers une des faces de la paroi. Si, par une incision intéressant les parties qui recouvrent la tumeur jusqu'à sa coque, on facilite son évolution centripète, elle pourra, à un moment donné, se trouver expulsée de sa cavité primitive. Tel est le principe de la méthode de traitement que Vulliet (1) préconise. Ce chirurgien, dans un travail très intéressant, rend compte de sa pratique; ses succès peu nombreux ne lui permettaient peut-être pas de tirer des conclusions aussi absolues que celles qu'il énonce, cependant ils lui ont permis de réagir contre la proscription trop rigoureuse dont on avait frappé, dans ces dernières années, les diverses procédés d'énucléation. Par ce mode de traitement, des myômes non seulement interstitiels, mais même à évolution *centrifuge*, pourraient être sollicités à se porter vers la cavité utérine, d'où ils seraient expulsés facilement. Ce serait donc là, pour l'auteur, une grande méthode thérapeutique, dont il reste à prouver la supériorité sur la laparatomie. Nous n'avons pas encore, à cette heure, d'éléments suffisants pour nous prononcer.

Après avoir exploré le siège d'implantation de la tu-

(1) Vulliet. Loc. cit., p. 336.

meur, Vulliet fait, suivant le diamètre longitudinal de cette dernière, une incision avec le bistouri conduit sur le doigt et ne produit ainsi qu'une faible hémorrhagie. Sous l'influence des contractions utérines que détermine l'excitation produite par le traumatisme, sous l'influence aussi de l'action de l'électricité ou de l'ergotine que l'on peut utiliser conjointement, la tumeur prend la direction centripète et s'énuclée peu à peu. L'expulsion peut être immédiate; le plus souvent elle dure assez longtemps, s'accompagnant de gangrène, ce qui nécessite des injections antiseptiques fréquentes. Vulliet cite un cas, où le fibrome primitivement sous-péritonéal devint, quelque temps après l'incision de sa coque, entièrement cavitaire et s'élimina spontanément. Dès que la tumeur est arrivée au col, le chirurgien doit l'extraire au plus tôt par les moyens ordinaires.

D'autres fois, de simples tentatives de *dilatation* du col suffisent pour provoquer des contractions utérines assez efficaces pour diriger la tumeur vers la muqueuse, quand elle a de la tendance à le faire. Des incisions sur l'orifice externe du col ou la discission du canal cervical peuvent aboutir au même résultat. Tout le monde connaît la pratique imaginée par Nélaton, Mac Clintock, Baker-Brown pour arrêter les métrorrhagies à l'aide de simples incisions cervicales. Ce sont surtout les myômes qui ne sont plus adhérents que par un de leurs pôles à la paroi utérine, les myômes intermittents, comme O. Larcher (1), Demarquay et Kinsbourg (2) l'ont démontré, qui sont justiciables de ce mode de traitement.

Nous avons vu, à la clinique gynécologique de Nancy, M. le professeur Herrgott provoquer l'expulsion spontanée d'un fibrome hors de sa cavité, par la dilatation

(1) O. Larcher. Contribution à l'étude des polypes intermittents. Arch. de médecine, 1867, v. I.

(2) Kinsbourg. Des polypes intermittents. Thèse de Nancy, 1885.

artificielle du col au moyen d'incisions latérales et par l'administration d'ergotine Yvon. Au bout d'un mois environ de ce traitement, le polype franchit par son équateur le col dilaté et fut extrait par le forceps.

D'autres chirurgiens ont cru pouvoir hâter par le massage ou l'*expression* la migration d'un corps fibreux faisant saillie dans la cavité utérine. Nous n'insistons pas. Chrobak (1) recommande l'ergotine qui, dans ces cas, lui a rendu des services signalés ; la solution qu'il emploie est peu irritante et se conserve facilement.

3° L'*énucléation* ou *hystérotomie intra-utérine* est le mode de traitement applicable au plus grand nombre des tumeurs opérables par les voies naturelles; nous devons accorder à sa description toute notre attention. Faisons d'abord l'abrégé historique de la question.

L'énucléation est née en France ; elle doit son origine à Velpeau qui, s'appuyant sur les connexions habituelles des corps fibreux, imagina d'imiter la nature dans leur ablation. Dupuytren croyait également ce procédé très rationnel; il le recommanda à plusieurs reprises. Mais c'est Amussat qui fit, en 1840, la première énucléation ; à sa suite, Velpeau, Boyer et Maisonneuve la pratiquèrent, puis en Amérique Atlee (2) et Duncan (3), la décrivirent dans leurs publications. Bérard, en France, fit plusieurs leçons cliniques sur ce sujet sans pouvoir réussir à faire adopter ses idées ; l'influence de Nélaton contribua beaucoup à discréditer l'opération qui, née dans notre pays, y fut le plus vite abandonnée. Velpeau avait perdu deux malades sur deux opérations, Demarquay sur quatre n'avait obtenu qu'une guérison ; c'en était assez. Les statistiques de Hutchin-

(1) Chrobak. Uber die hypodermische anwendung des Ergotins. Archiv. f. Gyn., t. VII. H. 2, 1874.
(2) Atlee. The chir. tream. of fibroids tumours. Philadelphia, 1853.
(3) Duncan. Edimb. med. Journal. Février 1857.

son (1), publiées en 1857, ne purent réhabiliter la méthode d'Amussat. En Allemagne, Langenbeck et Kiwisch obtenaient de meilleurs résultats ; cependant West, dans sa première statistique, comprenant les cas publiés de 1840 à 1858, comptait 14 morts sur 27 énucléations. Vers 1858, l'opération était tombée en discrédit en France.

Dans une seconde période, s'étendant de 1858 à ces dernières années, l'énucléation trouva une généreuse hospitalité en Amérique, puis en Allemagne. Baker-Brown, Marion Sims (2), Routh, Madden, la remirent fréquemment en pratique, tandis qu'en Allemagne, la Société de Gynécologie de Berlin s'en occupait à diverses reprises, surtout à l'instigation de A. Martin. L'énucléation eut dès lors ses indications bien définies et les résultats ne tardèrent pas à s'améliorer. Männel (3), en 1871, publia 22 cas nouveaux observés depuis 1858 et recueillis dans la pratique de C. Braun, de Martin, etc.; il ne trouva que 3 morts. Braun (4), Hégar, Frankenhauser, Schrœder donnèrent leurs statistiques dans la suite et prouvèrent que la réaction contre l'opération d'Amussat était imméritée. Braun obtenait 68 0/0 de guérisons, Martin (5) trouvait 12 0/0 de mortalité, Jakubasch (6), qui publia les résultats de la pratique de la Charité, trouva 3 morts sur 11 opérations. Enfin, Gusserow, dans son livre, en 1878, arrivait à la proportion un peu forte de 33 0/0 de morts, mais il comprenait dans ses tableaux tous les cas anciens, ceux aussi pour lesquels on avait employé le fer rouge ou d'autres

(1) Hutchinson. Enucleation of fibroïd tumours. Med. Times, 1854.
(2) Marion Sims. Uterine surgery. Med. journal. April 1874.
(3) Männel. Prager vierteljahrschrift, 1874, 2, p. 29.
(4) Braun. Wien med. Woch., 1874, 39, 40, 41.
(5) Martin. Zeitschr. f. Gebursth., etc., 1876.
(6) Jakubasch. Charité-Annalen, 1879-81.

moyens semblables. Dans ces derniers temps, les résultats obtenus par Schrœder, par Frankenhauser, se sont bien améliorés. Lomer (1), dans un excellent travail, que nous aurons souvent l'occasion de citer, a réuni les observations pratiquées depuis l'antisepsie (1873-1883) et sur 130 opérations, cite 18 morts, soit 16 0/0 de mortalité. Chrobak (2), dans un mémoire encore plus récent, ajoute aux cas de Lomer, ceux de Braun et 11 des siens ; il arrive à la proportion de 15,13 0/0 de mortalité.

Dans ce court aperçu, nous voyons que l'énucléation est sortie pour ainsi dire victorieuse de la lutte; elle a fourni ses preuves et nous espérons que l'ostracisme dont elle a été frappée en France ne tardera pas à être entièrement levé. Du reste, la Société de chirurgie, dans une importante discussion (11 janvier 1882), a adopté les indications opératoires posées par M. Dezanneau, à la suite d'observations intéressantes et l'on peut dire que la période de renaissance en faveur de l'énucléation est commencée chez nous, depuis une dizaine d'années. L'antisepsie et le perfectionnement du manuel opératoire ont eu raison des critiques de Nélaton, de MM. Jarjavay (3) et Guyon (4).

Indications. — « Mieux vaut terminer quand même l'énucléation que l'interrompre », tel est le précepte que l'on trouve en tête du chapitre de Hégar et Kaltenbach sur l'énucléation. « On ne devra pratiquer cette opération que dans les cas où l'on pourra la terminer », autre précepte que nous lisons dans le même livre. Ne semble-t-il pas qu'il y ait dans ces deux phrases une certaine contradiction? Quand on connaîtra la difficulté du

(1) Lomer. Zeitschrift f. Geburtsh. und. Gyn. 1883, p. 277.
(2) Chrobak. Centralb. f. gyn., 1885, p. 115.
(3) Jarjavay. Thèse de concours, 1850.
(4) Guyon. Thèse d'agrégation, 1860.

diagnostic de siège, de connexion des tumeurs, les obstacles multiples que rencontre l'exploration, on comprendra cette sorte d'indécision dans l'énoncé des médications. On est donc exposé à entreprendre l'énucléation quand elle n'est pas possible, cependant il faut dire que le plus souvent on réussit à extirper le corps fibreux en entier. De là deux modes d'énucléation :

1° L'énucléation complète ;

2° L'énucléation incomplète.

Certains auteurs, Gusserow entre autres, distinguent l'énucléation en un temps et l'énucléation en plusieurs temps ; nous préférons, la division précédente qui ne préjuge rien sur les opérations successives que le chirurgien est appelé à faire pour enlever le reste des tumeurs.

Il est des cas où l'on recherche de parti pris l'énucléation incomplète ; c'est surtout lorsque les tumeurs sont très volumineuses, causent des troubles considérables et ne peuvent être extirpées par la laparotomie. Mais le plus souvent, on s'en tient encore à l'ancienne règle de ne jamais énucléer par le vagin que les myômes qui proéminent franchement vers le canal génital et n'offrent pas grandes difficultés d'extirpation.

Quand on a le choix entre la laparotomie et l'extirpation par le vagin, il est bien préférable, en cas de tumeurs *non encapsulées* et difficiles à limiter, de prendre le premier moyen ; il en est de même lorsqu'il s'agit de myômes multiples ou se rapprochant beaucoup de la séreuse. Mais on n'est jamais sûr de cette disposition, témoin les faits de perforation de l'utérus ou d'adhérences de la tumeur. C'est ce qui fait que l'on attache tant d'importance aux moyens propres à faciliter le diagnostic, comme le toucher intra-utérin à l'aide du doigt, l'hystérométrie utérine avec l'instrument de M. Terrillon et l'abaissement de la matrice. Le toucher utérin tel que le com-

prend Vulliet est certainement un idéal que l'on n'atteint pas souvent; l'abaissement de l'utérus ne peut pas toujours être produit, si ce n'est en cas de mobilité congénitale, comme le dit E. Grassi (1), ou chez les femmes qui ont eu des enfants. Quant à l'hystérométrie, ses résultats sont loin d'être toujours un critérium certain de la position de la tumeur.

Les tumeurs énormes qui remontent jusqu'à l'ombilic, ou qui, sans dilatation du col, constituent l'état de *grossesse fibreuse*, ne sont pas justiciables de l'énucléation, en raison des manœuvres de morcellement et de dilatation cervicale qu'elles nécessitent. C'est dans ces cas surtout que les lésions péri-utérines sont à craindre et les dangers de septicémie et d'hémorrhagie imminents. Ce sont là du reste des indications spéciales pour la laparotomie. Ajoutons qu'après l'énucléation de gros myômes par les voies naturelles, la paroi utérine est tellement amincie qu'on voit fréquemment survenir de l'inversion. Cependant Schrœder (2) est moins disposé à refuser les chances d'énucléation des grosses tumeurs quand il s'agit de femmes qui, à la suite de couches, ont les parties molles du bassin lâches et le vagin très large; pour cet auteur, tant que le volume de la masse pathologique ne dépasse pas la tête d'un fœtus à terme, il ne faut pas abandonner les chances d'ablation par le canal cervical.

Le *siège* des myômes est important à considérer pour les indications de l'intervention; on ne doit pas, en effet, s'exposer à une perforation utérine dans le cas de tumeur interstitielle. Aussi, tous les chirurgiens sont-ils d'accord pour formuler ce précepte tel qu'il a été

(1) Grassi (Ernesto). Lo Sperimentale, t. 49, p. 24, 1882.

(2) Schrœder. Krankheiten der weiblichen Geschl. Leipzig, 1884, p. 255.

adopté par M. Dézanneau (1) et par la Société de gynécologie de Berlin (2).

Lorsque les corps fibreux sont franchement sous-muqueux, lorsqu'ils s'accompagnent de sécrétions fétides ou d'hémorrhagies rebelles, l'énucléation est indiquée, pourvu que le col soit dilaté ou dilatable. La stérilité, pour Marion Sims (3), est une raison suffisante pour l'opération. Gusserow insiste sur les troubles de métrite qui accompagnent souvent les fibromes utérins et conclut que ce sera là quelquefois une raison qui fera préférer l'intervention par le vagin à la laparotomie, dans le cas de petites tumeurs interstitielles.

La *gangrène* enfin constitue une indication pressante pour l'énucléation par les voies naturelles, suivie d'un traitement antiseptique. La laparotomie serait alors beaucoup plus dangereuse, à cause de l'imminence de la péritonite septique.

Nous avons laissé à dessein, pour les traiter maintenant, les *contre-indications* provenant de l'état du col utérin. Le col constitue, pour les myômes développés sur le corps de la matrice, une barrière qui les sépare de l'extérieur et ne se laisse pas toujours franchir impunément. Quelquefois, le corps fibreux « frappe longtemps à la porte », comme on l'a dit spirituellement, mais cette porte ne s'ouvre pas et pendant ce temps la patiente s'affaiblit, elle est en proie aux phénomènes généraux résultant de l'anémie et de la résorption septique. Que faire alors? Question délicate et bien difficile à résoudre. La laparotomie est indiquée, dira l'un, elle est moins à craindre qu'une dilatation brusque ou même lente du col. La dilatation, l'incision du col sont préférables, dira

(1) Dézanneau. Séance de la Société de chirurgie. 11 janvier 1882.

(2) Discussion à la Soc. de gynéc. de Berlin. 23 janvier 1883.

(3) Marion Sims. On intra uterine fibroids. American med. journ. April 1874.

l'autre, car depuis l'antisepsie nous pouvons éviter les dangers d'infection qui éclatent souvent après les opérations faites sur l'utérus dans ces conditions. Lomer (1), qui a surtout bien étudié la question, reconnaît que la dilatation du col est très dangereuse; dans les diverses circonstances où on l'a appliquée sur le col de femmes vierges, on a observé la mort. Cet auteur conclut à la nécessité de faire la laparotomie plutôt que de recourir à une dilatation forcée ou à une discission. Gusserow (2) dit qu'il faut au moins que le col puisse s'entr'ouvrir et Schrœder (3) opère encore quand l'orifice interne seul résiste, mais peut être peu à peu franchi par le doigt. Martin (4) exige, pour intervenir par le vagin, que le myôme apparaisse au niveau du col et soit facilement accessible à la main; il n'a pas hésité à faire la laparotomie pour une tumeur extrapéritonéale située entre la vessie et l'utérus.

Chrobak (5) n'est pas ennemi de la dilatation préalable, pourvu qu'elle ne soit pas trop violente; il a énucléé trois fibromes du corps de l'utérus après dilatation et administration d'ergotine et n'a eu que des succès.

D'autres auteurs, pour éviter les difficultés de la dilatation cervicale, aiment mieux opérer dans tous les cas comme on le fait pour les myômes à apparitions intermittentes, c'est-à-dire au moment des règles, alors que le col est plus mou et peut admettre le doigt. Il est vrai que les accidents septiques sont aussi plus imminents. M. le professeur Gross a pu, sans dilatation préalable du col, énucléer au moment de la période menstruelle un

(1) Lomer Loc. cit., p. 277.
(2) Gusserow. Loc. cit., p. 93.
(3) Schrœder. Krankeiten der weibl. Geschlechts, p. 254.
(4) Martin. Soc. de gynéc. de Berlin, Zeitsch. f. Geb. und Gyn., 1844. Bd. X H. I.
(5) Chrobak. Arch. f. Gyn., 1885, p. 187.

fibrome sous-muqueux du volume d'une orange sans accidents consécutifs. Du reste, s'il est possible par des soins antiseptiques d'empêcher la résorption des principes putrides après la manœuvre qui consiste à aller décoller le placenta dans la matrice, pourquoi l'opération dont il vient d'être question ne serait-elle pas soumise aux mêmes lois?

Tchoudowski (1), dans une étude intéressante, a prouvé que si la dilatation était à redouter, cela tenait surtout au modes défectueux de l'exécution. La dilatation lente au moyen de l'éponge préparée est mauvaise à cause de la septicité qu'entretient l'éponge elle-même; le laminaria, en se gonflant, s'adapte aux irrégularités du col et souvent ne peut être retiré complètement. La dilatation brusque avec les dilatateurs d'Ellinger, de Busch, d'Emmet, etc., expose aux blessures, à la dissociation des tissus.

Le procédé de Hégar est plus sûr; il consiste à faire usage de bougies cylindriques légèrement courbées, de numéros différents, que l'on introduit dans le canal cervical jusqu'à ce qu'il puisse admettre le doigt explorateur. Ce résultat est obtenu après deux heures environ. On ne remarquerait pas de symptômes particuliers, si ce n'est une douleur très supportable quand la dilatation dépasse 8 millimètres.

Vulliet, dans une récente communication à l'Académie de médecine, recommandait la dilatation lente par des tampons d'ouate introduits dans le canal cervical.

Les incisions latérales du canal cervical ne sont pas coupables de tous les méfaits dont on les accuse et elles constituent un moyen souvent très précieux pour l'accoucheur et pour le chirurgien. Pourquoi ne les emploierait-on pas pour faire l'énucléation de tumeurs, assez petites pour ne causer aucune déchirure à leur

(1) Tchoudowski. Gazette médicale de Strasbourg, 1879, n° 10.

passage au niveau du col? Kaltenbach l'a fait avec succès. Nous dirons même que dans le cas d'énucléation impossible, ces incisions seraient encore d'excellents auxiliaires pour arrêter les hémorrhagies (méthode de Mac Clintock et de Nélaton). Baker-Brown (1), Spiegelberg (2) ont constaté qu'en employant la discission pour extirper les tumeurs, on provoquait souvent par la rétraction consécutive une diminution de volume des vaisseaux qui alimentaient la tumeur.

En résumé, sans accepter complètement les idées de Vulliet sur la dilatation du col comme opération préliminaire, il est peut-être permis d'étendre un peu la portée des conclusions de Lomer et de ne pas rejeter l'énucléation, parce qu'on se trouve en présence d'un col non dilaté. La méthode de Hégar ou les incisions bilatérales seront souvent d'un précieux secours. Si l'on se reporte à nos tableaux d'énucléation, on verra que sept fois les auteurs ont pratiqué l'incision du col (Lomer quatre fois, Chrobak deux fois, Dézanneau une fois) et qu'il y eut deux morts. Dans un cas, le volume considérable de la tumeur avait allongé une des incisions vers le corps de l'utérus et déterminé une péritonite mortelle. C'est là une complication que le morcellement ou l'allongement eussent peut-être permis d'éviter. Une autre fois, il y eut mort par lymphangite péri-utérine ; contre ces accidents nous avons le secours de l'antisepsie qui nous permettra souvent de les écarter.

Manuel opératoire.— Nous n'insisterons pas sur les détails opératoires de l'énucléation exposés dans tous les ouvrages classiques ; nous renvoyons surtout à l'excellent livre de Hégar et Kaltenbach (édition 1886) pour la technique et les soins préliminaires et consécutifs.

(1) Baker-Brown. London obst. Transact., t. III, 1862.
(2) Spiegelberg. Monatschr. f. Gebh. und Frauenkr. Bd. 29, H 2.

a) *Énucléation complète.* — Nous supposons que le col utérin est dilaté et que l'exploration minutieuse faite au préalable a révélé l'existence d'un myôme à évolution *centripète*, de moyen volume.

Après lavages antiseptiques, la malade est anesthésiée puis placée soit dans la position de la taille, soit dans le décubitus dorso-sacré, comme l'indique Hégar, soit dans le décubitus latéral (Sims), surtout si la tumeur a son siège sur une des faces latérales de l'utérus. Si le col n'est pas suffisamment dilaté, on peut faire des incisions latérales, ou bien des incisions multiples, en épargnant autant que possible la lèvre postérieure. Il est préférable de faire ces sections généralement sans danger, plutôt que d'essayer la dilatation brusque qui peut déterminer, comme l'a démontré Ljocis (1), des lésions très étendues de la muqueuse utérine et du tissu sous-muqueux chroniquement enflammés et facilement vulnérables. Les incisions, en donnant un plus large passage au myôme à l'instant de son extraction, évitent aussi les compressions, les déchirures de ces tissus, et leur facile passage à la putridité.

Chrobak (2) recommande de n'appliquer aucun spéculum, de ne se servir d'aucun énucléateur, afin de ne pas gêner le champ opératoire; le doigt seul doit être introduit dans l'utérus; il suffit en général pour tous les temps de l'énucléation. La plupart des chirurgiens préfèrent opérer à découvert et ne peuvent en être blâmés. Pour agir sûrement, le mieux est de se servir d'un spéculum univalve, tel, par exemple, que celui de M. Herrgott, qui, en raison de la malléabilité de sa gouttière, peut se prêter à tous les degrés de dilatation convenables, écarter les grandes lèvres aussi bien que récliner le périnée.

(1) Ljocis. Inaug. dissert. Zurich, 1878.
(2) Chrobak. Loc. cit., p. 118

L'utérus est ensuite abaissé et maintenu par une pince de Museux ou mieux par la pince tire-balles récemment construite par Mariaud sur les indications de M. Pozzi. La tumeur est alors aperçue, si elle est en contact avec le col ; le doigt peut l'explorer si elle fait simplement relief vers la cavité utérine. On incise la muqueuse et la capsule qui la recouvrent avec un bistouri boutonné conduit sur le doigt et suivant le diamètre longitudinal, à moins que la tumeur ne soit presque pédiculée ; dans ce cas, il est préférable de faire une incision circulaire au niveau de la base, afin d'enlever toute la portion fibreuse exubérante. Tel est le *premier temps*.

Certains chirurgiens l'ont modifié : les uns en employant le fer rouge pour inciser la capsule (Hutchinson) ou le galvanocautère (Braun), les autres en enlevant à l'aide de ciseaux ou de couteaux spéciaux des fragments de la capsule.

Quelques-uns, émus des accidents qui compliquent quelquefois le maniement de l'instrument tranchant dans la cavité utérine et aimant mieux opérer à l'extérieur, ont imaginé de produire une inversion temporaire de l'utérus et d'énucléer facilement le myôme. Pour cela on attire la tumeur en bas avec précaution, parce qu'on provoque facilement des déchirures et des paramétrites consécutives. Marion Sims et A. Martin ont imaginé des pinces spéciales; le mieux est de se servir de la pince à crémaillère qu'un aide maintient fortement. L'un des premiers opérateurs qui ait tenté cette méthode de l'inversion artificielle est Hutchinson (1); pour lui, le point le plus important de l'énucléation est d'attirer la portion de l'utérus inversé jusqu'aux parties génitales externes. Gaillard Thomas (2) est du même avis et croit que c'est le seul moyen d'opérer sûrement.

(1) Hutchinson. Med. Times, 1857, p. 169.

(2) Gaillard Thomas. Traité des maladies des femmes. Trad. Lutaud, 1879.

Schrœder *(loc. cit.)* dit : « L'inversion de l'utérus n'offre aucun inconvénient, au contraire elle a l'avantage d'éviter la blessure de la paroi qui reprend spontanément sa forme primitive. » Atlee (1) provoqua un jour l'inversion, ce qui ne l'empêcha pas d'exciser un morceau de l'utérus avec la tumeur. Cet accident doit être rare, dit Lomer, car l'organe se distingue par sa couleur et sa consistance ; de plus, la main d'un aide appliquée sur la paroi abdominale peut vérifier la forme de l'inversion et surveiller le fond de la matrice. Quand on ne cherche pas l'inversion artificielle, il arrive aussi qu'on la produise sans s'en douter, par de douces tractions, et alors les accidents peuvent être plus alarmants.

Le *second temps* de l'opération consiste en la *décortication* de la tumeur et, pour l'exécuter, le meilleur instrument est le doigt. On a imaginé une foule d'énucléateurs, depuis la spatule légèrement recourbée jusqu'aux pinces et ciseaux destinés à libérer les adhérences des corps fibreux. Les énucléateurs de Sims, de Simpson, de Thomas sont les plus employés, quoique, comme nous le disions tout à l'heure, le doigt soit bien préférable pour déchirer le tissu cellulaire généralement lâche qui limite la capsule.

Les hémorrhagies sont ainsi beaucoup moins à craindre, surtout si l'opérateur a soin de tourner le bord de l'ongle vers la tumeur; celle-ci se détache alors de sa coque, comme la pulpe de l'orange de son enveloppe, disait Stoltz (2). Dans le cas où le myôme n'est pas trop élevé, l'énucléation à l'aide du doigt ou de l'ongle chirurgical d'Emmet ou de Motais d'Angers est possible; mais quand il occupe le fond de l'utérus, il faut se servir des énucléateurs à longs manches.

Ce second temps peut suffire pour faire tomber la

(1) Atlee. Treat. of tum. fibr. Philad , 1877.
(2) Stoltz. Gaz. méd. de Strasbourg, février 1875.

tumeur et l'entraîner au dehors, mais le plus généralement il faut recourir à des moyens accessoires pour achever de la détacher. Ces moyens sont les *tractions*, la *torsion*, la *section des adhérences* avec les ciseaux, ou l'*arrachement* avec des pinces quand la minceur du pédicule persistant le permet. Ils suffisent quelquefois; ils sont, au contraire, tout à fait impuissants lorsqu'on se trouve en face de ces tumeurs intimement adhérentes au tissu utérin, non encapsulées, traversées par des brides musculaires résistantes et des vaisseaux volumineux.

C'est à ces myômes que l'on applique l'*énucléation incomplète* étudiée plus loin. Pour avoir voulu faire l'ablation complète en dépit de ces difficultés, nombre de chirurgiens ont eu des insuccès. Les uns, s'acharnant à décortiquer la tumeur à l'aide des énucléateurs ou de la curette dentée de Thomas, ont déterminé des perforations utérines; les autres, faisant usage du thermocautère ou du galvano-cautère, ont intéressé les parois de l'organe. Mickulicz (1) enleva même avec la tumeur un fragment du péritoine; il eut le bonheur de voir guérir sa malade après suture de la plaie. Sutton fut moins heureux, il perdit son opérée. On connaît aussi le cas de Tillaux que nous avons déjà rapporté.

La décortication de la tumeur ne doit donc pas être recherchée avec obstination dans les cas de myôme adhérent; à fortiori, quand la tumeur est ramollie, enflammée ou gangrénée, l'opération incomplète est-elle seule indiquée.

Mais si la décortication a pu s'effectuer sans encombre, il reste encore à attirer le corps fibreux hors des parties génitales. C'est le but du *troisième temps* de l'opération. Ce temps est loin d'être toujours facile. Quand le myôme est de moyen volume, l'extraction avec la main est possible, mais dès qu'il dépasse la grosseur d'une orange ou

(1) Mickulicz. Wien. med. Woch. 1883, n° 16.

du poing, les difficultés commencent. Il faut, comme Schrœder, distinguer deux eas: suivant que le corps fibreux dépasse ou égale le volume d'une tête de fœtus à terme.

Quand cette dernière éventualité se présente, on peut espérer, même si la femme n'a pas eu d'enfants, que la tumeur dilatera peu à peu le col, puis le canal génital et que le forceps appliqué sur elle, comme sur une tête fœtale, pourra l'amener au dehors. Le foreeps est alors le meilleur instrument dont on puisse se servir, car en permettant une réduetion assez eonsidérable, il offre une prise solide et présente des garanties eontre la blessure des organes génitaux. Le eéphalotribe (Frankenhaüser) peut aussi rendre des serviees; Schrœder le recommande quand la pinee-foreeps n'empoigne pas bien la tumeur. C. Braun aime mieux se servir du crânioelaste qui permet la dislocation de la eharpente fibreuse.

Ces procédés, quoique loin d'être inoffensifs, sont encore préférables aux pinces imaginées par A. Martin (1), par exemple, qui portent des pointes acérées destinées à s'implanter dans les eouches externes du myôme, ou à la euiller dentée de Thomas dont nous avons déjà signalé les dangers.

Lorsque le fibrome dépasse le volume d'une tête de fœtus, son aeeouchement est fort difficile et il est bon de ne pas exereer de traetions trop fortes, afin d'éviter les déehirures du eol utérin et les ruptures assez fréquentes du périnée. C'est surtout dans ees eas de tumeurs volumineuses que Lomer et Schrœder trouvent, dans l'aspect allongé du eol, une eontre-indieation formelle à l'opération, sous le prétexte que l'effacement de eelui-ei ne sera jamais assez eomplet pour laisser passer le corps du délit. Les ruptures du eol et de l'utérus doivent à tout

(1) A. Martin. Zeitsch f. Gebh. und Gyn. 1876, p. 152.

prix être évitées, à cause de la possibilité de fissures remontant jusqu'au corps de l'organe (cas de Lomer). Quant aux ruptures du périnée (cas de Herrgott), elles surviennent même lorsqu'on a débridé les parties postérieures et latérales de la vulve. Dupuytren, dans ces cas, faisait une incision en arrière, vers le périnée. M. Verneuil (1) a pratiqué, en pareille occurrence, un débridement s'étendant jusqu'au sphincter anal sans obtenir grand résultat. Les simples incisions que recommandait Dubois donneraient peut-être un plus large espace. Marion Sims (loc. cit.) opère le débridement vers le périnée, s'il y a lieu.

Il est bien préférable de s'adresser à la tumeur elle-même et de chercher à réduire son volume ; il est d'ailleurs des conditions qui obligent à le faire ; c'est quand le doigt, par exemple, ne peut se glisser dans la cavité utérine pour pratiquer la décortication.

L'amoindrissement de la tumeur a été obtenu par l'excision simple, en enlevant par tranches successives les parties accessibles ou en faisant, ainsi que le recommandaient Chassaignac et Velpeau, un évidement conique.

Walter (2) cite 10 observations, où l'extraction ne put se faire sans morcellement. Suivant lui, on doit le faire quand il y a impossibilité d'introduire la main ou les instruments, quand la tumeur est molle et fragile. Il est possible ainsi, par l'application d'une pince, de diminuer beaucoup la tumeur. L'emploi de la chaîne d'écraseur peut permettre aussi, comme dans deux observations citées par M. Pozzi, le morcellement successif, en mettant en sûreté contre l'hémorrhagie ; cependant on devine facilement que ce procédé n'est pas applicable dans les cir-

(1) Observations citées in Revue de chir. févr. 1885, par S. Pozzi.
(2) Walter. Dorpater medicin. Zeitschr. Band. IV, 1873.

constances les plus embarrassantes, quand la tumeur remplit complètement la cavité utérine.

On a recours aussi à de simples incisions intéressant toute l'épaisseur de la couche externe du myôme, qui le plus habituellement est la plus résistante et s'oppose à la réduction. Si la tumeur contient des *géodes*, elle est facile à extraire, après la sortie du liquide par la ponction ; c'est ce qui eut lieu dans un cas fort intéressant de von Rzehaczek (1), de Graz, et dans des opérations pratiquées par Weber, Johannowsky et Breisky. Si la partie médiane de la tumeur est d'une consistance fibreuse, elle se laisse néanmoins tasser plus facilement et permet l'extraction. Simon (2) fait sur la surface du myôme des sections en étages ou en *escaliers*, tandis que Hégar (3) préconise une incision spiroïde pratiquée sur la périphérie de la coque d'enveloppe. Ce dernier moyen nous semble bien difficile à employer dans les cas où les parties sont peu accessibles ; le procédé de Simon, au contraire, exige seulement le passage des ciseaux de Cooper entre la tumeur et le muscle utérin.

Mathews Duncan (4) préfère cependant l'incision de Hégar. Gusserow insiste, à juste titre, sur les hémorrhagies qui peuvent accompagner ces opérations préliminaires ; elles surviennent surtout pour les tumeurs adhérentes ou pour celles qui commencent à se ramollir, à dégénérer et elles peuvent être terribles. Il est donc essentiel d'agir vite et, comme le recommande M. Pozzi dans son travail sur les *polypes énormes*, de sectionner à l'écraseur le pédicule ou les adhérences qui persistent encore entre l'utérus et le corps fibreux. La

(1) Rzehaczek. Wien. med. Woch., 1883, n° 16, p. 477.
(2) Simon. Monatschr. f. geb., t. XX, p. 467.
(3) Hegar. Monatschr. f. geb., t. XXI, p. 220.
(4) Mathews Duncan. Soc. obstetr., in Transact. of the obst. Soc. London, 1881, p. 233.

perte de sang, quoique plus appréciable que dans les polypes proprement dits, est rarement inquiétante; nous la trouvons signalée dans quatre des observations de nos tableaux, comme accident ayant causé des craintes; elle se produit beaucoup plus fréquemment dans la cavité d'énucléation de la tumeur, après l'opération.

Il sera bien rare, qu'après énucléation complète d'un myôme cavitaire, l'on ne puisse, avec les moyens précédents, l'amener au dehors des parties génitales; d'ailleurs jusqu'ici nous n'avons vu pour ainsi dire que les cas les plus favorables à cette terminaison, nous envisagerons tout à l'heure ceux qui nécessitent l'énucléation incomplète.

Lorsque la tumeur est enlevée, tout n'est pas fini pour le chirurgien, car il peut se présenter des complications souvent alarmantes. Les plus sérieuses sont : les hémorrhagies, les lésions de la paroi utérine, l'inversion de l'utérus et les accidents septicémiques.

On a essayé contre les *hémorrhagies* consécutives bien des moyens hémostatiques; le plus simple, celui que les accoucheurs emploient de préférence, est le tamponnement. Ce procédé a le grand inconvénient de favoriser, par la rétention des produits inflammatoires sécrétés par la muqueuse utérine, l'absorption des éléments putrides par les vaisseaux béants.

Même avec l'adjonction de poudre d'iodoforme et le renouvellement fréquent des tampons, on n'obtient jamais une asepsie satisfaisante. Le tamponnement a cependant un effet mécanique sur la fibre utérine dont il provoque la contraction, il en résulte souvent une oblitération rapide des vaisseaux.

Nous avons un moyen beaucoup plus rationnel dans les *injections d'eau chaude* à 40° environ, ou d'eau très froide additionnée d'acide phénique, de sublimé ou d'eau chlorée.

Les injections d'ergotine sont aussi un excellent hé-

mostatique, mais qui laisse à désirer sous le rapport de la rapidité de son action. Comme la cavité utérine est largement béante, on peut introduire des tampons jusque dans la coque de la tumeur; c'est ce procédé que préfère Marion Sims (1). Il place dans l'utérus des tampons d'ouate imbibés de perchlorure ou de persulfate de fer et les enlève au bout de 24 à 36 heures. Les injections chaudes suffisent la plupart du temps, surtout quand on a énucléé avec les doigts sans le secours d'instruments. Walter (2) désapprouve complètement l'usage des énucléateurs ou des curettes diverses, surtout quand les manœuvres doivent s'exercer au voisinage de tissus durs ou chroniquement enflammés.

Les *lésions de la paroi utérine* dont nous avons déjà parlé plus haut résultent de l'emploi d'instruments bien plus souvent que de l'énucléation à l'aide des doigts. Les perforations utérines se sont toujours produites dans nos observations pendant le cours de l'ablation de tumeurs fibreuses qui étaient intra-murales ou en rapport avec la séreuse péritonéale. Mickulicz (3), dans un cas, ne put enlever le myôme sans exciser une partie de la paroi utérine. Il fit la suture de la plaie et la malade guérit. Goodell, Atlee, Tillaux ouvrirent le péritoine. Cet accident est loin d'être toujours mortel.

L'inversion de l'utérus qui se trouve notée trois fois dans nos observations (cas de Goodell, de Riedinger, de Mann) est un accident qui se produit facilement après l'énucléation d'une tumeur qui ne se trouvait séparée de la séreuse péritonéale que par une mince couche de tissus. Cette paroi, réduite à une si faible épaisseur, ne contient presque plus de fibres musculaires, ne se contracte

(1) Marion Sims. On intra-uterine fibroid. New-York med. J. April 1874. p. 337.

(2) Walter. Monatschr. f. Geb. und Frauenk., t. XX, p. 25.

(3) Mickulicz. Wien med. Woch., 1883, n° 10, p. 268.

plus et se déprime vers la cavité utérine, constituant une inversion plus ou moins considérable. Dans les cas que nous avons signalés, la paroi utérine a été facilement réduite et sans causer de troubles remarquables; il en est de même dans le cas d'inversion artificielle produite par le chirurgien pour énucléer une tumeur du fond de l'utérus. Schrœder et Mikulicz y ont eu recours à plusieurs reprises. Mikulicz fait même à ce propos une proposition qui nous semble quelque peu hasardée. « Je conseillerais, dit-il, dans le cas où les parois utérines peu épaisses et relâchées se laissent suffisamment attirer dans le vagin, d'enlever la portion de ces parois adhérentes à la tumeur et de pratiquer aussitôt après la suture du péritoine ». Nous trouvons relatée dans le livre de Hégar et de Kaltenbach (1) un fait de Bischoff (publié dans la Correspondenzblatt für Schweitzer Aerzte, en 1878) dans lequel une inversion utérine consécutive à une énucléation ne put être maintenue réduite à cause de la hernie de l'intestin dans la cupule de la paroi utérine. Il sera bon de se souvenir toujours de la possibilité de cette complication.

Le dernier accident, que nous voulons signaler seulement, est la *septicémie* qui suit quelquefois l'énucléation; il sera plus naturel de nous en occuper en même temps que des complications de l'énucléation incomplète. Disons seulement que la cavité d'énucléation avec ses vaisseaux béants et sa capsule indurée est très bien disposée pour une suppuration facile et une résorption putride dangereuse. Aussi certains chirurgiens ont-ils cherché les moyens d'assurer l'asepsie de la plaie. Mikulicz conseille l'iodoforme appliqué sous forme de gaze iodoformée, conjointement avec un drainage permanent (dans les cas de plaie utérine assez considérable). Peu à

(1) Hégar et Kaltenbach Operative Gynécologie. Stuttgard, 1886 p. 550.

peu les drains et la gaze sont expulsés par la contraction utérine et raccourcis. Nous n'oserions pas imiter cet auteur qui réunit les bords de l'excision des parois utérines, quand il y a lieu, par une simple suture de catgut. Gusserow, contrairement à Hégar et à Schrœder, ne fait pas de drainage, il se contente de laver quotidiennement la cavité utérine avec de l'eau phéniquée ou une solution de sublimé et de placer un tamponnement enduit de glycérine iodoformée.

Le *collapsus* est un accident qui ne survient qu'à la faveur d'une hémorrhagie considérable, d'une opération longue ou d'un état anémique antérieur ; nous n'insistons pas sur toutes les complications de ce genre.

b). *Enucléation incomplète.* — Nous avons vu que dans certains cas l'énucléation était matériellement impossible à causes des adhérences de la tumeur ou par suite de sa mollesse, de sa fragilité ou de sa dégénérescence. Un fibrome énucléable ne diffère pas beaucoup comme aspect d'un fibrome adhérent, c'est ce qui fait que le chirurgien est exposé à de graves erreurs. Aussi, en raison des dangers de l'intervention dans les tumeurs non encapsulées, ne doit-on jamais se départir de la plus extrême prudence et vouloir prolonger vainement l'opération. Les accidents de perforation de la paroi utérine, d'inversion réductible ou irréductible, sont généralement causés par des manœuvres trop persistantes. Le collapsus, les hémorrhagies ont souvent la même origine. On trouverait facilement dans la littérature médicale des exemples d'accidents produits par ces tentatives malheureuses. Lee (1) voulut s'obstiner à enlever avec la curette dentée de Thomas un myôme sous-muqueux adhérent, dont il dut faire le morcellement. Son instrument perfora l'utérus et la patiente mourut quelques heures après. Pareille aventure est arrivée à Thomas et à Hunter.

(1) Lee. New-York med. Record. 1884. Juin, p. 652.

On doit donc admettre en principe qu'une opération d'énucléation commencée, mais reconnue impossible au cours de son exécution, doit être laissée *incomplète*. Il y a moins de danger, en effet, pour la malade de laisser le fibrome s'éliminer par gangrène que de produire de graves traumatismes dans la cavité utérine. Si nous consultons nos tableaux, nous trouvons que la proportion des énucléations incomplètes par rapport aux opérations complètes est considérable (15 sur 47); mais sur ces 15 faits, nous remarquons trois morts survenues à la suite de désordres graves produits dans l'utérus. Une malade de Schauta (1) mourut de choc après l'ablation de la tumeur par l'anse galvanocaustique. Les deux autres cas de mort sont survenus chez des patientes de Lomer à la suite de déchirures utérines.

Sur les 32 énucléations complètes qui restent, nous ne constatons qu'une mort, dans un cas de Hoffmeier (2), et l'issue fatale est encore due à l'insistance avec laquelle le chirurgien employa le forceps et le céphalotribe pour l'extraction du myôme.

En raison de sa gravité, l'énucléation incomplète doit céder le pas à la laparotomie, beaucoup moins dangereuse et plus radicale. Comme on ne l'entreprend presque jamais de plein gré, nous ne lui accorderons pas une longue description. Dans le cas d'énucléation difficile, Mathews Duncan et Marion Sims ont conseillé de faire l'énucléation en plusieurs temps, autrement dit l'énucléation incomplète. D'autres gynécologistes les ont suivis dans cette voie, mais depuis les beaux résultats de la chirurgie abdominale, on a successivement abandonné tous les procédés un peu compliqués et hasardeux de l'extirpation par les voies naturelles. La tumeur est-elle adhérente, n'est-elle pas bien limitée, l'opéra-

(1) Schauta. Wien. med. Woch., 19 août 1882, nº 33, p. 993.
(2) Hoffmeier. In Annales de gynéc., t. I. 1885.

tion en deux ou plusieurs temps est indiquée. Les contractions utérines provoquées par la première tentative mobilisent la tumeur ; l'irritation déterminée à sa surface aboutit d'abord à l'isolement du myôme, puis il se produit ce que Gusserow appelle la *gangrène disséquante* et l'énucléation est presque spontanée quelques temps après Telle est la marche de la guérison dans les cas les plus favorables. Le manuel opératoire est d'une grande simplicité : il consiste, dans le premier temps, en une incision rectiligne ou cruciale sur la tumeur et en essais de mobilisation; dans le second temps l'énucléation est tentée de nouveau, abandonnée encore si les adhérences ont persisté. Cette opération en deux temps ne diffère guère de celle qui a été proposée récemment par Vulliet, si ce n'est en ce que le chirurgien cherche à abréger la durée de l'élimination du fibrome. C'est une méthode prudente, qui produit assez rarement des complications redoutables de gangrène, à moins toutefois que pendant le premier temps on n'ait appliqué le fer rouge sur la muqueuse qui recouvre la tumeur, comme Hutchinson, ou les caustiques, comme Simpson.

Dans bien des cas, le chirurgien, en présence d'une tumeur adhérente, cherche sinon à enlever le myôme en totalité, du moins à en extirper toute la partie accessible aux instruments ; de là une série de procédés qui varient autant que les moyens d'exérèse dont on dispose et que nous ne voulons pas décrire en particulier.

Clarke (1), en 1881, indiquait une méthode, qu'il croyait nouvelle, pour l'enlèvement des myômes cavitaires. Il proposait, après abaissement de la tumeur, l'application de la *chaîne d'écraseur*, en procédant par sections successives jusqu'au pédicule proprement dit de la tumeur, ou plutôt jusqu'au niveau de la muqueuse utérine. A ce moment

(1) Clarke. Amer. Journ. of. obstetr. V. XIII, p. 875.

on devait chercher à énucléer le reste du myôme à l'aide de la curette de Thomas, et si l'énucléation n'était pas possible, on abandonnait la partie incluse dans la paroi à l'élimination spontanée. C'est ce que beaucoup de chirurgiens ont fait et font encore aujourd'hui à l'aide du couteau, de l'écraseur ou de l'anse galvanocaustique. Toute la difficulté réside dans l'application de ces divers moyens de section ; quant aux complications ultérieures, elles proviennent du sphacèle de la portion restante du myôme. Kasanski (1) enleva au bistouri une portion de tumeur adhérente à la paroi postérieure de l'utérus, suivant en cela, dit-il, les règles de Schrœder, et vit se produire un suintement sanguin qui dura cinq jours, au grand détriment de la santé de sa malade. Cependant le reste du myôme diminua peu à peu ; huit mois après, on n'en trouvait plus aucune trace. Les incisions au bistouri doivent inspirer une certaine méfiance, surtout quand la base du corps fibreux est étendue. On ne doit jamais oublier que la plupart des tumeurs non encapsulées sont vasculaires et dangereuses à attaquer avec l'instrument tranchant.

L'anse galvanocaustique n'a été appliquée que trois fois dans nos quinze observations, et une fois la mort survint (cas de Schauta) (2). Nous avons suffisamment apprécié ce moyen à propos des polypes intra-utérins pour que nous n'ayons plus besoin d'y revenir.

Le *serre-nœud* est trop peu résistant pour sectionner les tumeurs fibreuses ; comme l'anse galvanocaustique, il oblige à recommencer le passage de l'anse plusieurs fois.

M. Péan a eu l'obligeance de nous communiquer le procédé dont il fait usage pour l'ablation des tumeurs fi-

(1) Kasanski. Medizin Obosrénié. Mars, 1883, in Hayem, t. XXII, p. 240.

(2) Schauta. Wien. med. Woch. Août 1882, p. 994.

breuses non pédiculées et saillantes dans la cavité intra-utérine. Ce chirurgien a fait construire des pinces à longues branches, munies de dents acérées sur leur face interne et recourbées légèrement suivant leurs bords. Ces pinces ou polypotribes sont appliquées sur le fibrome de manière qu'elles embrassent sa masse au niveau de la partie qui proémine au-dessus de la paroi utérine. On peut, si l'on veut, débrider la muqueuse qui recouvre la tumeur et la récliner. La pression exercée par les pinces amène la mortification du corps fibreux et l'instrument que l'on a laissé en place peut être enlevé après 24 heures. Le reste du tissu fibreux se désagrège et s'élimine peu à peu.

Cette méthode fort longue, applicable tout au plus quand les tumeurs sont adhérentes et ne peuvent être énucléées, est passible des mêmes reproches que les moyens divers par lesquels on provoque la gangrène dans le corps fibreux. Quoique M. Péan n'ait pas observé de phénomènes septicémiques, nous citerons, d'après Gusserow et West, la statistique de Lee qui, sur 20 malades, vit survenir neuf fois la mort par suite d'accidents dus à la résorption de produits putrides. De plus, le séjour d'un instrument aussi volumineux que la pince à comprimer dans la cavité utérine ne doit pas être inoffensif, surtout au contact d'une muqueuse souvent enflammée qui va se trouver en rapport avec un foyer de suppuration et de gangrène.

Si la tumeur est très grosse, au point de faire une saillie qui remonte vers l'ombilic, si son volume atteint, comme dans certains cas celui d'un fœtus à terme, M. Péan fait le morcellement du myôme à l'aide du *forceps-scie* qu'il a imaginé, enlève le plus possible et par morceaux la partie exubérante et abandonne la base d'implantation à l'élimination spontanée. Ces moyens sont rarement nécessaires et entourés de bien des dangers.

Dans les cas où le myôme à extraire est gangrené, il peut être impossible de l'énucléer complètement, surtout si l'on ne tient pas compte de quelques particularités.

Les parties inférieures de la tumeur sphacélée n'offrent aucune résistance aux tractions, à la pression des énucléateurs et se laissent désagréger. Les parties supérieures, au contraire sont généralement, moins dégénérées et c'est en ces points que l'on doit appliquer les pinces à traction, c'est par là que le doigt doit commencer la décortication. Néanmoins, malgré toutes ces précautions, il arrive que le parenchyme ramolli du corps fibreux ne puisse être éliminé à la première tentative; dans ce cas, il faudra utiliser les lavages antiseptiques.

Il arrive aussi que la tumeur se présente avec une consistance calcaire offrant peu de prise aux tractions, mais rarement l'énucléation en plusieurs temps est nécessaire, la coque étant toujours bien limitée dans ces circonstances.

L'énucléation en *plusieurs temps* trouve surtout son indication quand les tumeurs sont très volumineuses, saillantes dans le vagin ou développées vers l'abdomen. Il ne faut pas espérer, dans ces cas, pouvoir énucléer complètement en une seule séance, les troubles seraient trop considérables, l'opération trop longue et le choc inévitable. C'est alors que des excisions successives favorisent le retrait de la tumeur, les contractions de l'utérus et l'arrêt des hémorrhagies. Lorsqu'il y a compression des organes pelviens (la laparotomie étant reconnue impraticable ou dangereuse), il faut procéder au morcellement en plusieurs séances; on arrive ainsi peu à peu à extraire toute la tumeur ou à déterminer la gangrène de la partie restante.

Riedinger (1) rapporte une observation fort intéres-

(1) Riedinger. Wien. med. Woch. Mai 1883, p. 613.

sante dont nous regrettons de ne pouvoir donner la traduction à cause de sa longueur. Une femme de 26 ans, vierge, se présenta un jour à ce chirurgien, dans un état d'anémie très avancé. Tout le bassin était rempli par une énorme tumeur qui faisait en dehors de la vulve une saillie d'environ cinq centimètres. L'état général était grave, les hémorrhagies abondantes et la tumeur se gangrenait; il fallait agir. La veille de l'opération survint une pneumonie; Riedinger opéra quand même et enleva avec l'anse galvanocaustique la portion de la tumeur située en avant du col. Il put remarquer que le vagin était gangrené. Douze jours après, une nouvelle partie de la tumeur fait saillie dans le vagin; deuxième opération analogue à la première. Un mois après, nouvelle excision. Enfin l'énucléation fut tentée au bout de trois mois et la malade en fut quitte pour une fistule vésico-vaginale, résultat de la gangrène par compression qui s'était produite. Cette observation que nous n'envisageons qu'au point de vue de la technique opératoire, a son analogue dans un autre fait de Kaltenbach (1).

A deux reprises, ce chirurgien fit l'excision d'une portion de tumeur qui avait franchi le col utérin et comprimait les parties voisines, mais il ne put empêcher les restes du myôme de se gangrener et de causer une septicémie mortelle.

Dans des conditions assez rares, l'énucléation incomplète peut être pleinement curative. On a vu, en effet, la simple ablation d'un segment de tumeur provoquer l'arrêt de l'évolution du myôme; bien plus, la cicatrisation de la plaie a été remarquée plusieurs fois après suppuration plus ou moins longue en même temps que l'atrophie.

C'est à ces cas que M. Després faisait allusion à la Société de chirurgie en 1882, en rappelant cette opinion

(1) Kaltenbach. Operative Gynec., 1886, p. 547.

de Marjolin dans le Dictionnaire en 30 volumes, que le moignon de la tumeur se rétracte et cesse de s'accroître après l'ablation incomplète.

Müller (1) et Chiari (2) citent des exemples de ce processus. Frankenhaüser (3) croit que les corps fibreux disparaissent rarement sans gangrène et Gusserow, après avoir consulté les statistiques de Marion Sims, Spiegelberg, Riedinger, Breisky, arrive à cette conclusion que la gangrène cause, dans la plupart des cas, la mort par septicémie et pyohémie.

On est quelquefois surpris, après avoir enlevé un fragment de tumeur utérine, de remarquer une véritable récidive au bout de quelque temps ; à mesure qu'on excise, le tissu prolifère de nouveau, et, dans certains cas, avec plus d'exubérance qu'auparavant. Ce sont ces myômes que Barnes (4) a désignés sous le nom de *fibroïdes récurrents*, auxquels il a trouvé une certaine ressemblance avec les sarcomes. Ces tumeurs, dit Lomer, sont des myômes à rechute au point de vue clinique ; au point de vue de l'anatomie pathologique, ce sont presque des myômes en dégénérescence sarcomateuse. La malade de Lomer qui présenta une telle tumeur mourut des suites d'une énucléation incomplète (voir les tableaux). Hutchinson (5) décrit un cas dans lequel, après l'ablation d'un myôme suivi de rétraction normale de l'utérus, il se développa, au bout de quatre mois, une nouvelle tumeur, qui fut énucléée partiellement. Autre récidive quelques mois après ; on fit une nouvelle opération à la suite de laquelle la patiente succomba. Martin cite une observa-

(1) Müller. Arch. f. Gyn , t. VI, p. 127.
(2) Chiari. Klinik der Geburtsh, p. 408.
(3) Frankenhaüser. Correspond. bl. f. Schweizer. Aerzte, 1874, p. 225
(4) Barnes. Clinical Lectures, p. 652.
(5) Hutchinson. Med. Times, 1857, p. 169.

tion semblable. Une malade de Müller (1) mourut après une énucléation pour récidive de tumeur sarcomateuse. Atlee (2) enleva successivement douze fibromes chez la même femme.

Si le diagnostic était possible, il n'est pas douteux que dans ces cas l'amputation de l'utérus fût indiquée; ce serait le moyen le plus sûr contre la récidive, et, en même temps, l'opération la moins dangereuse quant aux résultats immédiats. Mais malheureusement nous ne possédons aucun élément sérieux pour soupçonner la nature de la tumeur, pas plus que la présence d'une capsule. Il est même des cas où l'on n'a pu distinguer avec certitude un myôme d'une inversion utérine (Richet); c'est l'acupuncture plutôt que l'hystéromètre qui peut nous renseigner à ce sujet (Guéniot) (3).

Les complications auxquelles expose l'énucléation incomplète sont nombreuses; elles ressortent pour la plupart de la longueur, de l'importance des manœuvres opératoires. C'est la septicémie produite par la gangrène qui est le plus à craindre et que l'on doit chercher à éviter. C'est la gangrène qui assombrit surtout le pronostic de l'énucléation incomplète et en fait une opération grave par ses conséquences. Nous avons cité l'opinion de Gusserow, de Lomer sur ce point; la plupart des chirurgiens, comme Chrobak, Marion Sims, Schrœder, Braun, etc., semblent d'accord pour attribuer à la gangrène la proportion excessive de mortalité de l'énucléation incomplète. Dans l'énucléation en plusieurs temps, par exemple, l'apparition de la gangrène doit être surveillée afin d'agir au moment où la limitation de la tumeur est complète; dans ces conditions, les dangers sont souvent conjurés.

(1) Müller. Arch. f. gyn. Bd. VI, H. I, p. 127.
(2) Atlee. Treat. of fibr. tum. Philad. 1877.
(3) Guéniot. Bull. de la Soc. de chir., 11 janvier 1882.

Les lavages phéniqués ou avec une solution de sublimé rendent d'énormes services; on peut aussi, sur la recommandation de certains auteurs, extraire de temps en temps les lambeaux sphacélés de la tumeur et tenter la détersion complète de la cavité.

Les métro-péritonites, les lymphangites septiques surviennent par le fait de la propagation de l'inflammation au péritoine ou par le passage direct des éléments septiques dans la séreuse par l'intermédiaire des trompes, comme cela a eu lieu dans une observation de Freund, citée dans la thèse de Frank (1). Les métrites et péri-métrites peuvent aboutir, à la faveur du processus destructif, à la perforation de l'utérus et à l'éclosion d'une péritonite ultime.

Les *thromboses* doivent figurer aussi parmi les accidents les plus fréquents après l'énucléation incomplète; elles siègent le plus souvent à gauche, s'accompagnent de phénomènes généraux intenses et souvent de troubles pulmonaires graves. Lomer en rapporte deux exemples consignés dans nos tableaux; dans un cas, il y eut thrombose de la veine axillaire, quinze jours après une énucléation qui avait nécessité l'ablation préliminaire d'un polype intra-utérin ; dans l'autre cas, c'est la veine crurale qui était intéressée à la suite d'une opération incomplète. Amussat (2) parlait déjà des accidents qui surviennent quelquefois du côté des veines et on peut trouver dans la thèse de Bastard (loc. cit.) de nombreux faits prouvant l'importance de cette complication.

Dans une observation de Hégar, se trouve l'histoire d'une malade qui mourut à la suite de thromboses multiples. On trouva à l'autopsie des caillots ramollis dans la saphène, la veine cave et la mésaraïque inférieure ; il y avait aussi des abcès intra-pelviens.

(1) Frank. Inaug. diss. Strasbourg, 1880.
(2) Amussat. Mém. sur l'extirp. ut., 1842.

C'en est assez pour conclure que l'énucléation incomplète, malgré sa facilité, ne sera jamais qu'une opération de nécessité et non de choix; tout au plus sera-t-elle la seule ressource dans les cas de tumeurs volumineuses exerçant dans le petit bassin ou sur la vessie et le vagin des compressions dangereuses. Jamais elle ne devra être préférée à l'énucléation complète qui a donné d'excellents résultats dans ces derniers temps, jamais non plus elle ne passera avant la laparotomie dans les cas où cette dernière sera possible. Nous serons donc moins enthousiaste que More Madden (1), qui s'est déclaré le champion de l'énucléation contre la laparotomie qui lui avait donné quelques insuccès; nous resterons au contraire plein de méfiance pour le procédé d'Emmet (enlèvement du myôme par tractions) qu'il recommande. La Société de chirurgie, en 1882, et la Société de gynécologie de Berlin (2) ont adopté une ligne de conduite des plus rationnelles, tout en étant peut-être un peu sévères pour l'énucléation complète et ses indications. Schrœder (3) semble avoir donné la juste mesure de l'efficacité de cette méthode de traitement des myômes; Lomer a subi l'influence décourageante de quelques revers et termine son travail en disant que l'énucléation n'est autorisée que dans le cas de myômes interstitiels ou sous-muqueux déjà en partie descendus dans le vagin. Gusserow ne se prononce pas très catégoriquement, mais, comme la plupart des chirurgiens, il évite, autant que possible, l'intervention pour les grosses tumeurs qui nécessitent des manœuvres d'extirpation compliquées et pour celles qui ne peuvent être énucléées en un temps. L'opération en deux temps, telle que la décrit Atlee, telle que Mathews Duncan et

(1) More Madden. Dublin journ. of med. science. Mai 1885.

(2) Discussion du 23 janvier 1883. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd, X, H. I, p. 84.

(3) Schrœder. Krank. der weibl. Gesch , 1884. Leipzig, p. 257.

Marion Sims l'ont pratiquée, peut donner d'excellents résultats, mais il faudrait être sûr que quelques jours après la première tentative, la tumeur pourra être énucléée, ce qui n'est rien moins que certain.

Voyons maintenant ce que nous démontrent les statistiques.

Pour que l'énucléation puisse être jugée d'après la statistique, il faut, comme nous l'avons fait, distinguer l'énucléation complète de l'énucléation incomplète, car la mortalité est beaucoup plus considérable dans le second cas. Il est nécessaire aussi de ne mettre en ligne de compte que les cas d'énucléation publiés depuis l'application de l'antisepsie, les résultats obtenus autrefois étant en général mauvais.

L'ancienne statistique de West (1), qui rapporte les observations publiées depuis 1840 jusqu'en 1858 (27 cas, 14 morts), doit être entièrement négligée ; celle de Männel (2), publiée en 1871 (47 cas, 17 morts), peut servir tout au plus de terme de comparaison avec les résultats obtenus depuis la pratique antiseptique ; on y trouve cinq fois la mention d'énucléation incomplète.

C. Braun (3) et A. Martin (4) publièrent, le premier en 1874, le second en 1876, des statistiques renfermant un nombre considérable d'observations, mais nous n'oserions cependant les faire entrer dans un total qui a pour but de présenter des renseignements sur la mortalité relative des méthodes chirurgicales employées pour le traitement des myômes, car, en 1876, les procédés n'étaient pas soumis aux perfectionnements actuels. Pourtant C. Braun arrivait au chiffre de 32 0/0, Martin à celui de 14 0/0 de mortalité. En 1875, M. Pozzi rassemblait 64 obser-

(1) West. Leçons sur les mal. des femmes. Trad. Mauriac, Paris 1870.
(2) Männel. Prager Vierteljahrschrift. 1871, p. 29.
(3) Braun. Wien. Woch. 1874, n° 39.
(4) Martin. Zeitschr. f. Geb., etc., 1876, p. 143.

vations et donnait la proportion de 25 0/0 de mortalité, chiffre fort peu élevé, si l'on songe que l'auteur avait réuni la plupart des cas connus depuis la pratique de l'énucléation.

Gusserow (1), en 1877, rassemble 154 cas, résultant de toutes les statistiques connues depuis celles de West, et fournit la proportion de 33 0/0 de mortalité. Pour les raisons que nous donnions tout à l'heure, il ne serait pas logique de tenir compte de ces résultats pour juger la valeur actuelle de l'énucléation.

Dans la liste des opérations que cet auteur a collationnée, on remarque que le chiffre de la mortalité diminue de plus en plus jusqu'aujourd'hui; ce point important est établi et reconnu vrai par tous les gynécologistes.

C'est à Lomer surtout que nous allons emprunter une statistique exacte. Cet auteur a rassemblé depuis 1873, époque à laquelle on a employé dans l'énucléation les premières précautions antiseptiques, jusqu'en 1883, 130 observations d'énucléation de fibromes dues surtout à Braun, Martin, Thomas, Ljocis (2), Derveer, Frank, Jakubasch, Czerny, etc.

Sur ces 130 cas, il y eut 18 décès, soit une proportion de 16 0/0 de mortalité. Il y a, comme on peut le voir, une amélioration sensible depuis les résultats de Gusserow.

Chroback (3) rapporte 11 nouveaux cas et C. Braun (4) 12 autres récents, ce qui nous permet de porter la statistique à 153 faits d'énucléation. Ajoutons encore 25 ob servations récentes que nous avons rassemblées, nous arrivons alors au total de 178 énucléations complètes ou incomplètes, faites à l'aide des divers procédés avec

(1) Gusserow, loc. cit.
(2) Ljocis. Inaug. Diss. Zürich, 1878.
(3) Chroback. Centralb, f. Gyn. 1885, p. 115.
(4) Braun. Lehrbuch der gesammen Gyn., 1881, p. 457.

25 morts. La mortalité s'abaisse alors au chiffre de 14,05 0/0.

Nous sommes loin des 50 morts pour 100 de la statistique de West et nous restons convaincu que le chiffre de 14,05 0/0 tomberait encore beaucoup s'il était possible de classer à part les énucléations incomplètes. Malheureusement, les auteurs sont très sobres de renseignements à cet égard et nous devons rester encore dans la plus grande réserve.

Quoiqu'il en soit, nous pouvons dire que la mortalité de l'énucléation complète est faible, qu'elle n'atteint pas 14 0/0; en conséquence, il y a lieu de revenir quelque peu sur les restrictions qui avaient été formulées il y a une dizaine d'années, et de se demander, si dans certains cas, il ne serait pas indiqué d'intervenir de bonne heure, alors que les myômes sont peu développés et n'ont pas causé encore de troubles locaux ou généraux. D'ailleurs, l'énucléation d'un myôme petit, sessile et bien limité, est moins dangereuse que l'extirpation d'un polype volumineux. L'examen des observations relatées dans le mémoire de M. Pozzi sur les polypes énormes en est une preuve évidente (5 morts sur 13 cas). Nous croyons donc que la seconde conclusion énoncée par M. Dezanneau dans le travail qu'il communiqua, en 1882, à la Société de chirurgie, doit être modifiée. Ce chirurgien disait : « En raison de ses dangers, l'énucléation n'est indiquée que quand les fibromes menacent l'existence par hémorrhagie, écoulements fétides ou compression ». Nous serions tenté d'ajouter : chaque fois qu'un myôme accessible par le vagin causera des troubles appréciables et prendra un développement rapide, lorsque d'un autre côté la ménopause sera assez éloignée, on pourra tenter, sans plus tarder, l'énucléation, pourvu que l'exploration n'ait pas révélé l'existence de l'une des contre-indications que nous avons énumérées plus haut.

L'énucléation incomplète étant presque toujours une opération de nécessité, l'on ne peut discuter ses indications; il suffit d'éviter autant que possible, les conditions où elle est nécessaire, réservant les cas difficiles pour la laparotomie ou pour le traitement palliatif en faveur de nos jours, la castration. En raison de sa gravité relative, celle-ci ne devra être pratiquée qu'après avoir reconnu l'énucléation complète impossible. Lawson Tait (1) rapporte dans une observation qu'une de ses malades ayant subi plusieurs énucléations successives suivies chaque fois de récidive, supporta la castration avec succès; la tumeur disparut complètement.

(1) Lawson Tait. British. med. Journ., déc. 1882.

ÉNUCLÉATIONS PAR LA VOIE VAGINALE

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR. LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
1	E. Bœckel, Gaz méd. Strasb. n° 3. 1885	10 janvier. 1885	30 ans.	Règles régulières. 3 couches et 1 avortement.	Tumeur globuleuse, ferme, remontant jusqu'à 8 c. de l'ombilic. Le néoplasme remplit l'excavation et repousse le col en avant. Cavité utérine : 15 c. Poids : 1040 gr.	Incision du raphé postérieur du vagin et de la lèvre postérieure prolongée de 2 à 3 cent. dans l'intérieur de l'utérus. La tumeur est enclavée et on est obligé d'en exciser une partie pour arriver à l'énucléer. Pas de sang. Pas de sutures. Tamponnement Le 3e jour, drainage.	Guérison.	»
2	Dezanneau. Bull soc. chir., 11 janvier 1882	»	52 ans.	4 enfants. Hémorrhagies depuis plusieurs années.	Fibrome débordant le col utérin.	Enucléation à l'aide des doigts.	Guérison.	»
3	id.	»	44 ans.	2 enfants. Hémorrhagies depuis plusieurs années.	Volumineuse tumeur distendant le vagin. Poids : 900 g	Morcellement par tranches. Le reste est énucléé.	Guérison.	»
4	id.	»	30 ans.	Début il y a trois ans.	Fibrome du volume d'une tête de fœtus. Sessile.	Décollement facile avec le doigt.	Guérison.	»
5	id.	»	35 ans.	Pertes abondantes et fétides.	Fibrome bilobé, distendant le vagin.	Enucléation facile.	Guérison.	»
6	id.	»	40 ans.	2 enfants. Hémorrhagies depuis plusieurs années.	Fibrome intra-utérin du volume du poing.	Incision bilatérale du col et de la capsule de la tumeur. Décollement à l'aide du doigt et d'ins-	Guérison.	Abcès pelvien consécutif. Un an après, le fibrome semble

	24 mars 1883			doigt.	[illegible] Sonde : 13 à 14 c.	[illegible] rompues à l'aide du doigt ou d'une curette plate. La tumeur saisie par des pinces se fragmente. Inversion légère facilement réduite.		
8	J. Kohn (Vienne). Centralblatt für Gyn, p. 230. 1883	23 mai. 1882	42 ans.	11 couches. Début apparent après la dernière couche, il y a 10 mois. La tumeur vient faire saillie à la vulve. Nouvelle grossesse. Accouchement prématuré à 7 mois.	Fibromyome de la lèvre antérieure du col.	Enucléation. Cautérisation. Drainage.	Guérison.	Fistule vésicale consécutive, due probablement à l'ouverture d'un petit abcès formé dans les granulations de la plaie. On la ferme en suturant la muqueuse vaginale à la lèvre antérieure du col.
9	Lomer. Zeitsch. für Geburtsh. und Gyn.	16 février. 1883	50 ans.	Réglée à 12 ans. 11 enfants. Couches normales. Règles profuses dans les derniers mois. Douleurs vives. Rétention d'urine.	Tumeur dure, de la taille du poing dans la lèvre antérieure du museau de tanche, lisse, dure.	Incision large et supérieure de la tumeur. Enucléation. Pas de sang. Pas de tampon.	Guérison.	
10	id.	16 février. 1883	40 ans.	Réglée à 14 ans, régulièrement. Métrorrhagie depuis un an et demi. Hémorrhagies légères et continues depuis 3 mois. 2 enfants. Accouchements normaux.	Utérus en antéflexion. Col effacé. Tumeur de la grosseur du poing, largement implantée à la paroi antérieure. Pas de pédicule.	Inversion des couches superficielles. Enucléation partielle avec le doigt. On achève avec le bistouri. Pas de tampon.	Guérison.	»
11	id.	4 février. 1883	31 ans.	Menstruation régulière jusqu'en 1882. A partir de cette époque, hémorrhagies durant jusqu'à 15 jours. Un avortement entre 2 couches normales (8e mois).	Petit myome sous-péritoneal à large base d'implantation, gros comme un œuf.	Incision bilatérale du col. Tentatives d'extraction par arrachement. Déviation du côté gauche. On arrête là l'opération.	Mort.	Péritonite généralisée.

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR. LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
12	id.	29 avril. 1882	38 ans.	Réglée à 14 ans. Mariée depuis 6 ans. Pas d'enfants. Miction très douloureuse, rétention.	A gauche de l'urèthre et du col de la vessie, tumeur de la grosseur d'un œuf, ronde, élastique, mobile sous la paroi vaginale antérieure.	Incision du cul-de-sac antérieur. Néoplasme très friable. Enucléation par fragments. Drainage. Quelques points de suture.	Guérison.	»
13	id.	29 sept. 1882	25 ans.	Réglée à 14 ans, régulièrement. Métrorrhagies depuis quelques années. Deux couches normales. Le 17 avril 1882, incision de la capsule. Hémorrhagie abondante. Tamponnement.	Tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte presque molle, mobile, profondément enfoncée dans le petit bassin.	On cherche à extraire la tumeur par morceaux. Malgré de violentes tractions on ne peut enlever que la portion de la tumeur qui remplit le petit bassin. Tamponnement Drainage. Le 25 février, nouvelle opération. Tentatives d'énucléation, sans succès. Arrachement par lambeaux d'une partie de la tumeur. Tamponnement.	Guérison.	Après la 2e opération, thrombose de la veine crurale gauche. Bronchite violente. 29 mois plus tard la guérison est complète.
14	Lomer. Zeitsch. fur Gebursth. und Gyn.	Nove 1876	31 ans.	Hémorrhagies depuis plusieurs années. Une première énucléation est faite en novembre 1876. En 1876, les hémorrhagies ont reparu. Le ventre a beaucoup grossi.	L'utérus remonte jusqu'à l'ombilic. Myome de la paroi postérieure. Col rigide empêchant une première fois l'énucléation. Dilatation.	Incision latérale du col. Deux tumeurs. Une à droite et une à gauche. Déchirure du péritoine pendant l'extraction. Ouverture d'une grosse artère. Compression de l'aorte.	Mort.	Mort par anémie aiguë. A l'autopsie, rupture de l'utérus, périmétrite adhésive.
15	id.	»	»	Réglée à 17 ans. Accouchement normal il y a neuf ans. Depuis 6 mois hémor-	Col presque entièrement dilaté. Grosse tumeur profondément implan-	Tentative infructueuse d'énucléation. Ablation par l'écraseur linéaire d'un morceau de la tu-	Guérison.	Le 8e jour chute en lambeaux. Suppuration abondante. Di-

				gies depuis 2 mois.	dans la paroi antérieure. Col largement ouvert.	infructueuses d'extraction par le forceps. *Morcellement.* Perte sanguine, modérée. Tamponnement. Profonde déchirure des deux côtés du col. Déchirure superficielle dans toute la longueur de la paroi vaginale antérieure.		
17	id.	26 octobre 1882	36 ans.	Mariée depuis 6 ans. Pas d'enfants. Réglée à 14 ans. Depuis 5 ans hémorrhagies graves. Leucorrhée.	Utérus énorme, surtout à droite. Myôme sous-muqueux.	Opération préliminaire. On enlève un polype qui obstrue le vagin. Tamponnement. 16 jours après, incision bilatérale. *Morcellement* de la tumeur.	Guérison.	Thrombose de la veine axillaire droite et œdème du bras, 15 jours environ après l'opération.
18	L. Schrœder. Annales de gyn. 1886 T. XXVI.	»	»	»	Myôme sous-péritonéal volumineux.	Enucléation. Opération très compliquée par le développement de quelques noyaux dans le tissu cellulaire sous-séreux du petit bassin.	Guérison.	»
19	Rendu. Lyon medical, 17 janvier. 1886	»	»	»	Tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme. Sphacélée sur plusieurs points, d'où accidents septiques sérieux.	Serre-nœud. Légère déchirure de la fourchette en dépit de deux incisions latérales et de la section préalable d'une partie de la tumeur.	Guérison.	»
20	Baer. Soc. obstétricale de Philadelphie 1885	1884	51 ans.	4 enfants. Métrorrhagies depuis quelques années.	Orifice dilaté par une tumeur du volume d'un fœtus de 7 mois. Fibrome sous-muqueux, pesant 3 livres.	Vaines tentatives d'extraction. La tumeur est partagée en deux au moyen des ciseaux, puis détachée avec les doigts et la cuiller-scie de Thomas.	Guérison.	»

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR. LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
21	id.	1884	36 ans.	2 enfants. Pas d'hémorrhagie. Un fibrome a déjà été extirpé 4 ans auparavant.	Tumeur pédiculée implantée sur le fond de l'utérus.	Enucléation.	Guérison.	»
22	Mundé. Séance annuelle de la soc. de gyn. américaine 1884 In. Ann. gynéc. T. I. 1885	»	»	7 enfants.	Tumeur dure, remplissant le bassin presque jusqu'à l'orifice vaginal. Fibrome interstitiel de la paroi antérieure et du col. Grossesse de 6 mois.	Le travail commence le matin du jour de l'opération. Enucléation. Pas d'hémorrhagie.	Guérison.	»
23	Hoffmeier. Annales de gyn. 1885 T. I.	»	»	»	Myôme obstruant complètement le détroit inférieur. Accouchement relativement facile. Mort par compression du cordon.	Extraction très difficile. Le forceps et le céphalotribe échouent. On ne parvient à extraire la tumeur qu'au moyen d'une forte pince de Museux avec compression extérieure énergique.	Mort.	La mort est due aux lésions produites pendant l'extraction
24	Mundé. Ann. de gyné. T. I. 1885	»	»	»	Tumeur molle s'étendant du diaphragme à 12 cent. du pubis. Seconde tumeur dure pénétrant dans le bassin. Grossesse de 6 mois. Poids de la tumeur : 3 livres.	Le travail est commencé le jour de l'opération. Enucléation avec les doigts et la cuiller de Thomas. Extraction du fœtus.	Guérison.	»
25	Lawson Tait. British med. journ.	1880 ?	28 ans.	Métrorrhagies abondantes.	Myôme du fond.	Enucléation en ouvrant largement le col.	Guérison.	La convalescence dura 1 an. Les hémorrha-

	1884				dans le vagin et vers le rectum.	Douglas, comme on s'y attendait.		
27	A. Kasanski. Medizin obosré. mars 1883 in Hayem. T. 22, p. 240.	1880 ?	36 ans.	Leucorrhée très abondante, fétide.	Fibrome sous-muqueux volumineux adhérent à la paroi postérieure.	Extirpation complète, impossible ; on se contente d'enlever un morceau du néoplasme. Hémorrhagie.	Guérison.	La malade revue 8 mois après ne présente plus trace de tumeur.
28	Ruge. Zeitsch. fur Geb. und Gyn. n° 36. Septembre 1882	1882	»	Début il y a trois ans.	Myôme interstitiel compliquant une grossesse. Accouchement normal. Hémorrhagies consécutives.	Enucléation peu après l'accouchement.	Guérison.	»
29	Brichetti. (de Varèse.) Gaz. delle clin. 1881 in. Rev. chir. 1881 P. 81.	1881 ?	»	»	Tumeur de 3 kil. de la paroi antérieure du segment inférieur de l'utérus.	Tentatives de décortication à la main. Ecrasement de la large base d'implantation de la tumeur Hémorrhagie presque nulle.	Guérison.	»
30	Chrobak. Wiener mediz Blatt. 1884	1883	»	Multipare.	Myôme du volume d'une tête d'enfant.	Extraction au moyen d'une pince à polypes.	Guérison.	Une grande partie de la tumeur s'était nécrosée et éliminée.
31	id.	1883	32 ans.	Réglée à 17 ans. Le ventre devient volumineux et dur en octobre 1882. Elle se marie en novembre de la même année. L'utérus atteint le volume d'une grossesse de 7 mois. Elimination de lambeaux de tissus mortifiés.	Myôme mortifié, d'un volume supérieure à une tête d'adulte.	Extraction difficile de la moitié environ de la tumeur, dont le reste est enlevé six jours plus tard.	Guérison.	Grossesse ultérieure.

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR. LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
32	id.	1881	28 ans.	»	Tumeur dure, de la grosseur d'une noisette, dans la paroi postérieure du col.	Incision au-dessus de la tumeur et énucléation.	Guérison.	»
33	id.	Septembre 1883	40 ans.	»	Tumeur de la grosseur d'une prune, moitié dans le col et moitié dans le vagin; à 2 cent. plus bas, seconde tumeur de même volume dans le vagin.	Incision de la capsule. Enucléation. Réunion de la plaie cervicale par trois fils d'argent.	Guérison.	»
34	id.	1872	»	»	Myome cervical de la grosseur du poing développé dans la paroi antérieure.	Incision transversale à la base de la tumeur, énucléation avec les doigts.	Guérison.	»
35	id.	13 août 1878	42 ans.	Hémorrhagies fréquentes depuis 8 mois.	Tumeur du volume d'une tête d'enfant, solidement enclavée dans le bassin.	Incision de la capsule qui est sectionnée en 4 lambeaux. Enucléation difficile avec le doigt. Allongement par le procédé Simon. Hémorrhagie considérable. Pas de rétraction de la poche. Tamponnement.	Guérison.	»
36	id.	»	30 ans.	Multipare. Hémorrhagies.	Tumeur du volume du poing d'un enfant, saillante hors du col, insérée au	Enucléation avec les doigts. Traction avec les pinces à griffes. Excision de débris de la capsule.	Guérison.	»

				Hémorrhagie.	vers de doigt de l'ombilic. Orifice laissant passer deux doigts.	[illegible] muqueuse est modifiée dans une étendue grande comme la paume de la main. Incision de la capsule. Enucléation avec le doigt et les ciseaux. Excision du reste. Tamponnement.		
38	id.	»	32 ans.	Pas d'enfants.	Col normal. Après dilatation au moyen du laminaria, on reconnaît une tumeur du volume d'une noix.	Incision sur le doigt de la muqueuse et de la capsule. Quelques jours après la tumeur vient faire saillie au museau de tanche et est facilement enlevée.	Guérison.	»
39	Chroback. Wiener mediz. Blatt. 1884	1876	41 ans.	5 enfants. Hémorrhagies fréquentes. Ergotine.	Cavité utérine : 7 c. Myôme gros comme une pomme, inséré sur le fond de l'utérus, paraissant sous-séreux.	Enucléation.	Guérison.	Après l'énucléation, un 2e myôme fut reconnu dans la cavité utérine.
40	id.	1875	45 ans.	3 enfants. Hémorrhagies abondantes.	Cavité utérine : 11 c. Tumeur du volume d'un œuf d'oie.	Dilatation préalable. Incision du col. Ouverture de la capsule. Enucléation impossible. Ergotine. Au bout de 8 jours, le myome descendu put être détaché par des tractions énergiques. Hémorrhagie.	Guérison.	»
41	Schauta. Wiener mediz. Woch., n° 32 1882	1882 ?	48 ans.	Réglée à 18 ans. 2 couches. L'affection débute en apparence en août 1885 par une hémorrhagie abondante. Le ventre augmente de volume.	Fibrome globuleux, régulier, peu mobile, dur et élastique. Parti de la lèvre postérieure du col.	Ablation préliminaire à l'anse galvano-caustique d'une partie de la tumeur pesant 1 kilog. Moignon large comme le fond d'une assiette.	Mort.	Mort 22 heures après l'opération par choc opératoire.

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR. LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
42	Mikuliez (de Cracovie.) Wiener mediz. Woch., nº 10 1883	14 nov. 1882	29 ans.	Réglée depuis 14 ans, jusqu'au début de l'affeetion, il y a 18 mois. Métrorrhagie tous les 15 jours, durant parfois 10 jours. Douleurs. Troubles vésieaux Depuis un an l'abdomen grossit. Constipation.	Tumeur dure, du volume de 2 têtes d'enfant, remontant jusqu'à l'ombilie et portant à sa partie supérieure une deuxième tumeur de la grosseur d'une orange.	Seetion du périnée jusqu'à la muqueuse reetale et de la plus grande partie de la paroi postérieure du vagin. Enucléation par moreeaux. Inversion de l'utérus pour pouvoir enlever la base qui est en eonnexion avec le noyau de la tumeur sous-séreuse. On ne peut y parvenir; alors ablation de toute la tumeur avec la partie eorrespondante de la paroi utérine. Suture au catgut de la plaie péritonéale longue de 10 eent. Réduetion de l'utérus. Suture au catgut du périnée et du vagin.	Guérison rapide.	»
43	Riedinger de Brünn. Wiener mediz. Woeh., nº 20 1888	12 juin. 1882	26 ans.	Vierge. Réglée à 16 ans. Métrorrhagie presque eontinue.	Myôme de la paroi utérine antérieure arrivé en peu de temps à des proportions colossales. L'utérus a le même volume que dans une grossesse de 7 mois. Vulve dilatée au maximum. Périnée déchiré jusqu'à l'anus. Méat urinaire et parties antérieures et laté-	Ablation par l'anse galvanoeaustique de la portion vaginale de la tumeur. Hémorrhagie moyenne. Après la première opération le fond de l'utérus s'abaisse graduellement. Deux autres ablations sucéessives pour le reste de la tumeur.	Guérison.	Pneumonie débutant la veille de l'opération. Six semaines après l'opération les règles reparaissent et restent régulières.

	1885					...ture du péritoine. Enucléation.		
45	Conrad. Corresp. Bl. f. Sehweizer aertze n° 5 1883	1883	»	»	Polype fibreux inséré très haut sur l'utérus, difficilement accessible.	Ablation en trois séances de galvanocaustie en remplaçant l'anse de platine par un fil de fer de 5 mm. d'épaisseur.	Guérison.	»
46	Farrant Fry. The Lancet, 4 mars 1884	1884	29 ans.	L'affection remonte à plusieurs années et on a déjà pratiqué une extirpation à l'aide de l'éeraseur linéaire. Depuis cette époque, métrorrhagies fréquentes. Grossesse : version. Enfant vivant.	Fibrome pédiculé.	Enucléation avec les doigts immédiatement après l'accouchement. Pas d'hémorrhagie consécutive.	Guérison.	Pas de récidive.
47	Mikulicz. Wiener mediz. Woch. 1883	12 juin. 1883	26 ans.	Vierge.	L'utérus a le volume d'une grossesse de 7 mois. Une tumeur grosse comme le poing fait saillie à la vulve.	Amputation à l'aide du galvano-cautère d'une portion vaginale de la tumeur de la grosseur de deux poings. Suppuration abondante. Deux autres amputations jusqu'en juillet.	Guérison.	La malade accouche de sa tumeur.
48	Gross (de Nancy). Inédite.	7 janvier. 1885	40 ans.	Mariée. Un enfant. Bien réglée. Métrorrhagie depuis 5 ans avec douleurs.	Tumeur faisant saillie par l'orifice du eol. L'ergotine arrête les hémorrhagies.	Essai de dilatation avec le laminaria, Hémorrhagie très forte. Débridement bilatéral du col avec les ciseaux. Incision de la capsule avec les ciseaux de Sims. Enucléation avec le doigt. Injections antiseptiques. Tumeur de la grosseur d'une orange.	Guérison rapide.	»

Nos d'ordre	OPÉRATEUR. LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
49	Weiss (de Nancy) Inédite.	1884	46 ans.	Réglée à 14 ans. Mariée. N'a jamais conçu. Ménorrhagies. Début, il y a 3 ans.	Tumeur d'un volume d'une tête de fœtus de 7 mois.	Dilatation préalable du col à l'éponge préparée. Incisions mutiples du col. Sous l'influence des tractions, l'utérus est inversé. La tumeur est enlevée à l'écraseur. Décortication impossible. L'inversion utérine se réduit spontanément.	Guérison.	Le reste de la tumeur s'atrophie.
50	Verneuil. In Pozzi. Rev. de chir. février 1885	1863	40 ans.	Bonne santé antérieure. Pertes de sang abondantes.	Tumeur remplissant le vagin, le doigt ne peut explorer. L'utérus remonte au-dessus du pubis.	Section cunéiforme du prolongement vaginal. On place une chaine d'écraseur au-dessous de la surface de section de la tumeur. Exploration et décortication avec la spatule et le doigt de la base de la tumeur implantée sur le fond de la matrice. Hémorrhagie arrêtée par tamponnement.	Mort.	Mort par septicémie aiguë.
51	Gross (de Nancy) Inédite.	19 mai 1885	42 ans.	Menstruation irrégulière. 5 enfants. Métrorrhagies rebelles depuis 6 ans. Traitement au perchlorure de fer, inutile.	Tumeur remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Insérée sur le fond de l'utérus, sous-muqueuse.	Préhension de la tumeur avec une pince à griffes. Incision de la coque avec les ciseaux de Sims. Enucléation complète avec le doigt. Injections boriquées. Pas d'hémorrhagie.	Guérison.	Etat de santé excellent depuis l'opération.
52	id.	22 avril 1885	37 ans.	Un enfant, il y a 15 ans. Métrorrhagies depuis 10 ans. Anémie. Thromboses veineuses dans les membres inférieurs. Souf-	Tumeur sous-muqueuse faisant saillie dans le col. Hystéromètre : 9 c.	Préhension de la tumeur avec une pince à griffes. Incision de la capsule avec les ciseaux de Sims guidés sur le doigt. Enucléation avec le doigt d'un myôme in-	Guérison.	Santé florissante.

II. — MYOMES DÉVELOPPÉS AUX DÉPENS DU COL DE L'UTÉRUS.

Ce qui distingue surtout les myômes du col c'est d'être tous accessibles par le vagin et justiciables, par conséquent, de la myômotomie pratiquée par cette voie. Il est rare que l'on soit amené à faire la laparotomie pour une tumeur développée à ce niveau; aussi nous proposons-nous d'étudier dans ce paragraphe le traitement chirurgical de tous les corps fibreux nés dans le col utérin.

Nous distinguerons deux parties distinctes dans la portion cervicale de la matrice : une première partie supra-vaginale, limitée inférieurement par l'insertion du vagin; une deuxième partie, comprenant tout le reste du col.

Les tumeurs nées dans la portion supra-vaginale peuvent se porter vers le canal cervical et le vagin, mais elles peuvent aussi prendre leur développement vers la périphérie du col, se mettant en rapport en arrière avec les parties molles qui séparent l'utérus du rectum, en avant avec la vessie. De là les noms de myômes *anté-cervicaux*, de myômes *rétro-cervicaux* qui leur ont été donnés. D'autres auteurs les désignent sous les noms d'*anté-vaginaux* et de *rétro-vaginaux*. Ce qu'il importe surtout de savoir, c'est que ces tumeurs se mettent en rapport avec le tissu cellulaire pelvien et restent toujours extrapéritonéales; ce sont elles surtout qui produisent des phénomènes de compression et d'enclavement.

Les myômes nés de la partie inférieure du col sont toujours intra-vaginaux et, par conséquent, les plus accessibles aux moyens chirurgicaux; ils ont, du reste, de la tendance à se porter vers la vulve.

Les moyens chirurgicaux diffèrent pour les tumeurs des deux portions du col; nous les étudierons séparément sans insister toutefois sur les procédés déjà cités à propos des myômes du corps de l'utérus.

a) Myômes de la partie inférieure du col. — L'inter-

vention chirurgicale est moins difficile pour ces tumeurs que pour celles précédemment étudiées ; les manœuvres préliminaires pour la dilatation du col, l'abaissement de l'utérus et du corps fibreux sont supprimés dans le cas présent. Joignons à cela un diagnostic plus certain et un pronostic meilleur.

Toutefois, hâtons-nous de faire des restrictions, car il est des cas où le volume de la tumeur est tel qu'elle fait saillie à la vulve, remplissant tout le vagin qu'elle dilate en tous les sens. Telle est l'observation de Riedinger (1), dans laquelle un myôme d'énorme volume avait causé une gangrène de la muqueuse vaginale et du plancher vésical par compression. Chrobak (2) rapporte aussi un cas où, après l'enlèvement du prolongement vaginal d'une tumeur, on trouva une perte de substance de la paroi muqueuse. C'est dans les cas de myômes vaginaux que l'on rencontre surtout les ulcérations, les gangrènes, les inflammations au niveau des parties comprimées, et que l'on observe dans les culs-de-sac l'accumulation de produits putrides résultant des sécrétions et des produits inflammatoires.

Les cas de myômes aussi volumineux sont d'autant plus rares, que, d'après Gusserow, le col n'est pas fréquemment le siège de ces productions pathologiques. M. Guyon (3), dans sa thèse, rapporte que pour 110 corps fibreux trouvés sur 32 utérus, 21 seulement siégaient sur le col. Marion Sims (4) mentionne que sur 119 tumeurs, 2 seulement occupaient la partie postérieure du museau de tanche. Thomas Lee observa 4 cas de fibromes du col sur 74 myômes utérins ; Courty (5), 21 sur 131 tumeurs fibreuses.

(1) Riedinger. Wien. med. Woch., 1883, nº 20, p. 613.
(2) Chrobak. Loc. cit., p. 116.
(3) Guyon. Thèse de concours, 1860, p. 15.
(4) Marion Sims. Chirurgie utérine, p. 12.
(5) Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus.

Les fibro-myômes du col sont comme ceux du corps de l'utérus, interstitiels ou sous-muqueux; mais ces considérations de siège sont peu importantes en raison de la faible quantité de tissu qui constitue les lèvres et de la facilité avec laquelle les tumeurs se développent toujours dans la même direction vers le canal vaginal. On ne rencontre guère de myômes issus de la région cervicale qui se soient accrus en même temps vers la cavité utérine et vers le vagin. Schauta (1) en a cité le plus bel exemple que nous ayons rencontré. Les fibromes apparaissent généralement sur la lèvre postérieure, rarement sur les deux lèvres; il se produit alors un allongement du col et l'on trouve l'orifice utérin dirigé en haut et élargi. La lèvre saine limite cet orifice et a la forme d'une lame mince et tranchante. Quelquefois, lorsque le col est fermé, la tumeur ne pouvant se diriger vers le canal vaginal se porte dans la cavité utérine et offre alors, pour son extirpation, les mêmes difficultés que les fibromes cavitaires que nous avons étudiés.

Mais, en raison du peu de danger relatif de l'ablation des myômes de la partie inférieure du col, les *indications* de l'intervention seront bien définies. On agira dès que des accidents d'hémorrhagie, de gêne fonctionnelle, de compression se seront produits; de même, l'opération sera indiquée dans les cas de prolapsus utérin consécutif à une tumeur. En général, on fera bien de ne pas attendre l'aggravation des symptômes et d'opérer le plus tôt possible.

Quand le myôme est pédiculé, l'indication est très nette et l'on peut avoir recours à l'arrachement, à la torsion (Sims), à l'ablation au thermocautère, ou encore au broiement, dont Velpeau a bien mis les inconvénients en évidence. C'est dans ces conditions que la ligature de Levret peut être efficacement appliquée; mais il est bien

(1) Schauta, Wien med. Woch., 1882, n° 33.

préférable d'avoir recours à l'écraseur. Celui de Chassaignac, en raison de sa solidité, est le meilleur instrument à mettre en usage pour les fibromes du col dont le pédicule peut être très gros et très dur. Les serre-nœuds de Maisonneuve et de Desprez, quoique très utiles dans bien des cas, ne sont pas assez résistants. M. A. Guérin (1) rapporte qu'un jour il cassa jusqu'à 12 fils recuits en voulant sectionner un col de l'utérus hypertrophié.

L'anse galvanocaustique est d'une application dangereuse pour les parties voisines ; néanmoins certains chirurgiens la préfèrent à tous les autres moyens.

Tous ces procédés ont le désavantage de laisser une partie de la base d'implantation de la tumeur ; il peut en résulter une suppuration abondante ou une récidive du fibrome. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas bien net de récidive après ablation partielle d'un myôme de la lèvre postérieure du col, faite par M. le Dr Baraban. Nous avons insisté déjà sur ces curieux phénomènes. Quoique l'atrophie du moignon puisse aussi se produire, on ne devra pas toujours compter sur cette heureuse terminaison et le mieux sera certainement de tenter l'énucléation.

Pour faire l'*énucléation* des myômes de la partie inférieure du col, on ne rencontrera pas les mille obstacles qui entourent celle des tumeurs du corps de l'utérus ; d'ailleurs, on opère presque à découvert et, si le fibrome est volumineux, on peut se créer une voie jusqu'à son pédicule par le morcellement. La méthode d'Amussat ou de l'énucléation en un temps, sera appliquée dans le cas de tumeur peu volumineuse, facile à contourner avec le doigt ou la spatule. On emploiera celle de Marion Sims dans le cas où la capsule sera mal limitée et quand

(1) A. Guérin. Clinique chir., Union médicale, 1876, t. XXII, p. 170.

il y aura lieu d'espérer par une inflammation conséeutive au premier temps opératoire, une extirpation plus facile. Quant aux procédés de Clarke (1) et de Braun (2), de Vienne, ils seront réservés aux tumeurs volumineuses distendant le vagin et nécessitant, avant l'énucléation, une diminution de leur volume. Que l'on emploie la chaîne de l'écraseur, comme Clarke, ou l'anse galvanocaustique, comme Braun, la différence n'est pas grande, l'importance de la méthode réside dans l'énucléation que ces opérations facilitent. On trouve dans le travail de Braun, 4 observations où la guérison fut ainsi obtenue.

Breisky (3) cite un cas très intéressant opéré par ces procédés et étudie en même temps le développement des myômes du col. Emmet (4) rapporte aussi une opération suivie de mort pour un myôme volumineux du col. Il s'arrête assez longuement sur les difficultés de l'énucléation.

Ces obstacles se trouveront accrus quand on aura à traiter un myôme développé en même temps vers l'utérus et le vagin, comme dans le cas de Schauta d'Innsbrück (loc. cit.). On sera alors forcé de faire l'énu cléation *en deux temps*. Schauta, dans une première séance, enleva le lobe vaginal de la tumeur avec l'anse galvanocaustique; dans une seconde séance, il sépara par le même moyen le prolongement utérin, mais ne put énucléer la base d'implantation. Sa malade mourut vingt-deux heures après l'opération.

Riedinger (loc. cit.), de Brünn, dans un cas où une tumeur née de la partie antérieure gauche de la paroi du col, avait pris son développement vers la cavité utérine

(1) Clarke. Americ. J. of. obstetr. Vol. XIII, p. 876.
(2) Braun v. Fernwald. Wien. med. Woch. oct. 1874.
(3) Breisky. Zeitschrift f. Heilkunde Vol. V.
(4) Emmet. Principles and Practice of. Gynecol. 1884, p. 604, trad. franç. par Olivier.

et descendait jusqu'à la vulve, dut faire trois opérations préliminaires avec l'anse galvanocaustique avant d'opérer l'énucléation de la base du fibrome. La patiente guérit complètement.

Il y a donc des conditions dans lesquelles l'*énucléation complète* en un temps ne pourra être réalisée ; ce sera alors le cas de recourir à l'*énucléation en plusieurs temps* ou à l'*énucléation incomplète*, opérations moins dangereuses pour les myômes du col que pour les myômes cavitaires, parce qu'on peut éviter plus facilement les accidents de septicité. Le grand volume d'un myôme intra-vaginal ne doit pas toujours être une contre-indication à l'*énucléation complète*, car il est possible quelquefois de réduire la tumeur sans prolonger beaucoup la durée de l'opération et sans augmenter la gravité du choc. On peut employer l'allongement obtenu par le procédé de Simon ou la méthode des incisions en spirale de Hégar, mais il est plus simple de se servir du forceps ou du céphalotribe, même du crânioclaste (Braun), qui fournissent une réduction souvent suffisante. On peut aussi faire l'évidement conoïde de la tumeur, comme l'a pratiqué M. Pozzi dans un cas d'énorme polype. Nous trouvons dans la thèse de Chérière (1), le manuel opératoire suivi dans deux énucléations de myômes du col, par M. Lucas Championnière ; la diminution de volume des tumeurs intra-vaginales fut obtenue à l'aide de la *pince-forceps* de M. Guyon, ce qui permit des manœuvres ultérieures au niveau du pédicule. Walter (2) a montré les avantages que l'on pouvait retirer du morcellement employé seul ou combiné à l'allongement.

M. Pozzi décrivait dans sa thèse, en 1875, un procédé de traitement des myômes du col sous le nom d'*hystéro-*

(1) Chérière. Sur les fibromes interstitiels du col utérin. Thèse Paris, 1880.

(2) Walter. Dorpater medicin. Zeitschr., Bd. IV, 1873, H. I.

tomie par excision. Ce moyen thérapeutique, plus radical que l'énucléation, n'a été que rarement appliqué et les observations publiées sont peu explicites. On conçoit facilement, qu'en présence d'une tumeur interstitielle du col, dont l'énucléation est impossible, le chirurgien se demande s'il ne vaut pas mieux faire l'amputation de la partie du col sur laquelle est implanté le corps fibreux que d'abandonner à une atrophie peu certaine ou aux dangers de la gangrène le tronçon qui reste. On a tenté depuis longtemps ce mode de traitement et Jarjavay cite, dans sa thèse, un cas où Huguier amputa le col pour une déformation causée par un fibrome. Quand les deux lèvres du museau de tanche sont le siège de tumeurs, c'est à l'amputation intra-vaginale ou supra-vaginale du col que l'on devra avoir recours. Si, au contraire, une seule lèvre est atteinte, il est possible, après excision de la partie fibreuse, de faire une restauration à l'aide de divers procédés de suture. Bœckel (1) fit un jour, pour un fibrome énorme, l'amputation du col au-dessus de la base d'implantation à l'aide du serre-nœud de Maisonneuve ; sa malade mourut de tétanos. Kaltenbach, dans un cas d'allongement polypiforme des lèvres du museau de tanche, plaça une pince à écrou de Hégar (voir figure dans la nouvelle édition de la *Gynécologie opératoire*, 1886) sur la base de la tumeur et l'enleva sans peine. Mattéi (2) rapporte l'observation d'une femme qui se présenta à lui avec un fibrome mou du col utérin. Après avoir glissé deux anses métalliques à l'aide de sondes au niveau du point d'insertion, il plaça le serre-nœud de Péan et le laissa en place. La malade guérit. Von Rabenau (3) fit pour un fibro-myôme de la lèvre antérieure du col, l'amputation

(1) Bœckel. Gaz. méd. de Strasbourg, juin 1875.
(2) Mattéi. Annales de gynéc., 1876, t. VII, p. 438.
(3) Von Rabenau. Zeitschr. f. Geb. und Gyn., n° 44, 1882.

des deux lèvres, la postérieure contenait aussi quelques petits noyaux fibreux. La guérison fut prompte.

Il est à remarquer que les tissus du col utérin sont très vasculaires quand une tumeur s'est développée dans leur voisinage ; ce sont les myômes kystiques qui s'accompagnent surtout d'une augmentation dans l'afflux sanguin. Telle est la raison pour laquelle certains chirurgiens emploient le plus souvent pour l'amputation du col au-dessus d'une tumeur, les serre-nœuds, les écraseurs ou l'anse galvanocaustique. Kaltenbach raconte que pendant l'application de ce dernier procédé, il vit survenir une hémorrhagie considérable dont on ne se rendit maître qu'avec beaucoup de peine. Kœberlé n'a jamais eu d'accident avec le thermocautère. Grünewald (1) qui a bien étudié la question des myômes intravaginaux, recommande, avec Spiegelberg, l'anse galvanocaustique à laquelle Huguier reprochait d'exposer à l'ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur (2). Dans l'état de la science et avec les progrès de l'antisepsie, il serait bien préférable de rechercher après ces amputations partielles la réunion par première intention et d'abandonner, autant que possible, les instruments qui produisent des eschares et une cicatrisation souvent défectueuse du moignon cervical. Sims, le premier, a proposé la suture des bords muqueux de la plaie. Hégar a avantageusement modifié ce procédé en réunissant par des fils la muqueuse vaginale à la muqueuse cervicale. Simon (3), Marckwald, Kehrer, Schrœder ont successivement introduit des perfectionnements que nous ne décrirons pas ici, à cause du peu de temps qui nous est laissé, mais qui ont déjà donné d'excellents résultats. On peut ainsi éviter les vices de cicatrisation des plaies du col qui,

(1) Grünewald. Arch. f. Gyn., Band. XI, H. 3.
(2) Tarnier. In disc. de la Soc. de chir. 1872, p. 444.
(3) Simon. Monatschr. f. Geburst., Band. XIII, p. 418.

chez les femmes encore réglées, causent des troubles souvent inquiétants. Montrose Pallen (1) a émis l'idée de tailler sur la base de la tumeur une sorte de manchette muqueuse suffisante pour recouvrir la surface d'amputation; l'opération devient alors beaucoup plus facile. Certaines cavités d'énucléation pourraient être aussi traitées de la même façon. Cette méthode a reçu le nom de *colpo-cervicoplastie*.

b) *Myômes de la partie supravaginale du col.* — Les myômes de la partie supérieure du col peuvent être distingués suivant leur siège en interstitiels et sous-muqueux.

Le traitement des tumeurs situées sous la muqueuse ou des tumeurs qui ont tendance à se porter vers le canal cervical ne diffère pas de celui des myômes de la partie inférieure du col; peut-être trouve-t-on plus fréquemment des prolongements développés vers la cavité utérine que dans les fibromes du museau de tanche; mais, à part ce caractère qui est loin d'être distinctif, les méthodes chirurgicales ne diffèrent pas. Nous passerons donc sous silence toutes les tumeurs de la partie supravaginale qui évoluent vers le canal génital.

Mais il est toute une catégorie de myômes nés dans la portion supravaginale du col et dans la zone adjacente du segment inférieur de l'utérus qui, en raison des complications graves qu'ils produisent, méritent toute notre attention. On a peu écrit en France sur ce genre de tumeurs et sur les modes de traitement dont ils sont susceptibles. Comme ces fibromes occasionnent presque toujours des accidents de compression soit du côté de la vessie, soit du côté du rectum et des autres organes du bassin, on est souvent appelé à intervenir dans des circonstances défavorables.

Ces tumeurs se développent surtout vers la cloison

(1) Montrose Pallen. Americ. J. of. obst., vol. VI, 1875, p. 604.

recto-vaginale, plus rarement dans l'interstice utéro-vésical. Elles proéminent vers le vagin, en repoussant la paroi de ce canal qui, dans quelques cas, a été trouvée gangrenée en partie; c'est donc généralement de ce côté qu'il faudra chercher à les atteindre. Il est cependant des circonstances, dit Lomer (1), où les myômes de la partie postérieure du col s'accroissent vers le haut, repoussent le péritoine et proéminent vers l'abdomen. Ils peuvent alors rentrer dans les variétés extrapéritonéales, sous-ligamentaires ou intra-ligamentaires que nous aurons à étudier à propos de l'hystérectomie abdominale. Howard Kelly (2) citait récemment un exemple de ce développement singulier d'un fibrome du col, qu'il dut enlever par la laparotomie.

Quelles sont les *indications* de l'intervention chirurgicale pour ces myômes anté ou rétrocervicaux? Dans le cas de tumeur au début de son évolution et siégeant en arrière du col ou en avant de lui, il est préférable d'opérer au plus vite, avant que les troubles de compression aient apparu. L'opération, dans ces conditions, est peu grave et se borne le plus souvent à une simple énucléation. Il n'en est plus de même quand la tumeur est enclavée, remplit une partie du bassin et a contracté des adhérences de tous côtés; dans ce cas le pronostic est mauvais, l'opération doit être évitée s'il est possible. Le chirurgien a la main souvent forcée par des phénomènes alarmants qui surviennent vers l'intestin ou les organes génito-urinaires; il faut agir vite, et il intervient, mais presque toujours, sans succès. C'est ainsi que Riedinger, Lomer, Dervecr, entreprirent des opérations paraissant de prime abord très téméraires.

Pour les tumeurs enclavées, les indications d'intervention seront donc plus fréquentes que pour les myômes

(1) Lomer. Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1883, p. 282.
(2) Howard Kelly. Amer. J. of. obstetr. Janvier 1886, nº 14.

utérins ordinaires, mais il ne faudra pas continuer trop longtemps les tentatives d'ablation, sous peine de voir la malade succomber à des accidents de choc ou d'épuisement rapide. West, dans son livre, et Chérière, dans sa thèse, rapportent chacun une observation de mort après essais infructueux d'ablation d'un fibrome du col. On a souvent laissé les opérations incomplètes ou bien on a essayé de les répéter en plusieurs temps jusqu'à extirpation totale ; ces procédés ont donné des résultats, mais ont bien des fois causé des accidents de septicémie.

Quelques chirurgiens refusent l'extirpation des tumeurs volumineuses enclavées dans le bassin par la voie vaginale, à cause des difficultés opératoires et préfèrent la laparotomie. Lomer déclare les indications délicates à formuler, vu la difficulté de savoir si les myômes appartiennent au corps ou au col de l'utérus. A cause de leur volume considérable, il vaudrait peut-être mieux les enlever par la paroi abdominale ; à cause de leur situation dans le tissu cellulaire pelvien et des dégâts qu'entraîne leur ablation, il semblerait plus avantageux de les extraire par le vagin. La solution de cette question est très embarrassante ; le chirurgien se laissera guider, dans ces cas, par les circonstances accessoires. La mobilité de la tumeur, indiquant qu'il n'y a pas d'enclavement et que l'ablation par l'abdomen est possible, est un signe qui a trompé bien des fois et sur lequel il ne faut pas trop compter.

Quand un myôme est assez volumineux, mais mobile dans le bassin, quand il cause des phénomènes de compression ou de la douleur, il faut penser à appliquer un traitement suivi souvent de succès, le *soulèvement* de la tumeur ou le *désenclavement* (qu'on nous pardonne ce néologisme). Une simple manœuvre suffit, lorsque l'utérus est en rétroversion, pour calmer les symptômes, pourquoi le soulèvement d'un fibrome adhérent à l'uté-

rus et qui change les rapports de cet organe ne produirait-il pas le même résultat? C'est Charles Clarke qui proposa, le premier, dit Hégar, de soulever un myôme pelvien au-dessus du détroit supérieur, où l'augmentation de son volume ne pouvait plus nuire aux organes pelviens. Il y a longtemps que les accoucheurs appliquent cette méthode simple, peut-être trop abandonnée en chirurgie. Les conditions nécessaires pour l'exécution du soulèvement sont loin d'exister toujours, surtout pour les tumeurs du col adhérentes par une large base et qui se laissent fort peu repousser vers la cavité abdominale, en raison de la rigidité des ligaments fixateurs de l'utérus. Hégar et Kaltenbach conseillent de répéter plusieurs fois les essais, en s'aidant de pressions exercées par la main introduite dans le rectum et de la position genu-pectorale que l'on fait prendre à la malade.

Le traitement chirurgical proprement dit des tumeurs anté ou rétrocervicales comprend l'ablation totale ou complète au moyen de l'énucléation simple et *de la myomectomie* ou *myomotomie*. Lorsque le myôme est rétro-vaginal et pédiculé, la méthode est simple; elle consiste à inciser la paroi vaginale dont la tumeur est comme coiffée, à énucléer cette dernière du tissu cellulaire environnant et à sectionner le pédicule. Græffe (1) opéra un cas semblable et cependant ouvrit le péritoine qu'il sutura ensuite. Le plus souvent les myômes dont nous nous occupons ne sont pas pédiculés et leur ablation est très difficile. Whitehead (2) a publié, l'un des premiers, un cas de fibrome développé sur la partie postérieure du segment inférieur de l'utérus, qu'il enleva par l'incision de la paroi vaginale et l'application de deux ligatures sur le pédicule. La malade mourut. M. Pozzi rapporte dans sa thèse, comme un exemple dangereux à imiter

(1) Græffe. Zeitsch. f. Geb. und Gyn , 1882, p. 174.
(2) Whitehead. Britisch med. Journ., avril, 1871, p. 376.

cette observation d'hystérotomie rétro-utérine qui nous semble cependant justifiée autant par les accidents que causait la tumeur que par son siège.

Les premiers chirurgiens qui entreprirent la myomectomie vaginale dans ces conditions, s'inspirèrent des rapports anatomiques des fibromes plutôt que de règles opératoires définies. Ils faisaient après incision de la paroi vaginale, l'énucléation de la tumeur jusqu'à sa base qu'ils sectionnaient par des procédés différents. Stansbury Sutton (1) pratiqua une incision sur la paroi postérieure du vagin, énucléa du tissu cellulaire voisin une tumeur assez volumineuse et l'enleva avec le forceps. Le péritoine fut ouvert et les intestins firent irruption dans la plaie; le chirurgien, peu imbu des préceptes de la chirurgie antiseptique, obtura l'ouverture de la séreuse avec des éponges et perdit sa malade de péritonite. Caselli (2) fut plus heureux : à propos d'un myôme du col qui avait repoussé la paroi vaginale jusqu'à la vulve; il pratiqua l'énucléation après avoir fendu l'enveloppe muqueuse. C'est encore pour une tumeur née sur le segment inférieur, à peu près au niveau du col, que Derweer (3) essaya l'extraction avec le forceps, après incision du vagin. L'énucléation rendue facile par l'abaissement de l'utérus put être complète et la patiente guérit. Il semble, malgré l'opinion de Hégar et Kaltenbach, que le cul-de-sac de Douglas ait été ouvert.

Martin, un des premiers, énucléa un myôme développé dans le tissu conjonctif pelvien, mais cette entreprise fut regardée comme téméraire par Burckhardt, dans le rapport qu'il fit sur cette opération (*Deutsche med. Woch.* 1883, nº 27). Ce dernier donne la préférence à la laparotomie suivie d'énucléation.

(1) Stansbury Sutton. Gaz. hebd., 1877, août, nº 33.
(2) Caselli. cité par Gusserow. Loc. cit., p. 96.
(3) Derweer. Boston med. and. surg. Journ., oct. 1879.

Czerny (1), dans une excellente étude sur la *myomotomie vaginale* décrit le manuel opératoire qu'il regarde comme le plus avantageux; mais il se place dans le cas le plus favorable en n'envisageant que les fibromes énucléables, ceux qui n'ont pas leur point d'insertion élevé sur la paroi utérine postérieure. Il pratique une incision vaginale et cherche à énucléer la tumeur. Une fois, sur ses deux observations, il a ouvert le péritoine, sans qu'il en soit résulté d'accident. Mais il cite deux autres cas venant de chirurgiens différents, dans lesquels l'ouverture du cul-de-sac de Douglas causa la mort. Ljocis (2), dans sa thèse, rapporte un fait d'énucléation très facile pour une tumeur du volume du poing insérée sur la partie supérieure du col. Lomer a eu un succès semblable. Frankenhaüser fut également assez heureux pour extirper un fibrome du tissu conjonctif pelvien. Olshausen (3) entreprit la myomotomie vaginale pour une tumeur de la grosseur du poing qui avait déterminé sur la paroi postérieure du vagin une ulcération; ce fut une énucléation facile et sans réaction consécutive.

Benicke (4) dut faire le morcellement d'un myôme remplissant le petit bassin et adhérant au col utérin. Il put ensuite énucléer la base d'implantation; sa malade guérit rapidement, grâce à l'oblitération presque immédiate de la poche d'énucléation. Hofmeier (5) présenta à la Société de gynécologie de Berlin, en 1883, un fibrome du poids de 17 livres énucléé du tissu conjonctif pelvien. Le chirurgien avait fait la suture des parois de la cavité et obtenu une cicatrice linéaire. Malheureusement, un

(1) Czerny. Wien. Med., Woch, 1881, nos 18 et 19
(2) Ljocis. Thèse de Zürich, 1878.
(3) Olshausen. Klin. Beiträge. f. gyn., 1884, p. 96.
(4) Benicke. In Revue de Hayem, t. XIV, 1882, p. 592.
(5) Hofmeier. Berlin. klin. Woch. Mars 1885.

myôme qui se trouvait un peu plus haut sur la paroi utérine se mit à suppurer et la patiente mourut. E. Bœckel (1), chez une femme présentant un fibrome développé sur le segment inférieur de l'utérus, incisa le vagin sur le raphé postérieur et le col utérin sur le milieu de la lèvre correspondante, mais ne put mobiliser la tumeur sans faire l'excision d'une portion. Aucune suture ne fut placée sur la poche; celle-ci s'oblitéra par suppuration.

Quand la tumeur est trop adhérente à l'utérus et difficile à énucléer, il vaut mieux en exciser une partie et attendre le résultat de cette intervention. Si la nutrition est bien assurée par les tissus voisins, dit Gusserow, la gangrène ne surviendra pas; on verra même assez souvent se produire une cicatrisation de la plaie de section et une atrophie consécutive. Männel, Chrobak, Hutchinson et Schrœder en ont cité des exemples. Rappelons cependant que, d'après Frankenhaüser, la disparition du myôme a rarement lieu sans gangrène (*Correspondenzbl. f. Sweizer. Aerzte*, 1874, p. 225).

Dans la série d'observations que nous venons de citer, on peut remarquer que la gravité de la myomectomie vaginale augmente avec le volume de la tumeur, avec le degré de ses connexions séreuses. Sur 16 myomotomies, nous trouvons 4 morts, toutes survenues après ablation difficile. L'issue fatale put être attribuée une fois (cas de Sutton) à une faute chirurgicale plutôt qu'à l'opération elle-même. Dans les autres cas, l'ouverture du péritoine fut la cause de la péritonite ultime. Six fois nous trouvons relatée la déchirure du cul-de-sac de Douglas; dans 3 cas, il n'y eut aucune trace de péritonite. S'il était permis de conclure après la relation d'un nombre d'observations aussi faible, nous dirions que la proportion de 25 0/0 de morts obtenue dans une opération

(1) E. Bœckel. Gaz. méd. de Strasbourg, 1885, n° 3.

aussi ardue que la myomotomie vaginale, autorise le chirurgien à tenter les chances dans les circonstances où la laparotomie est entourée de grandes difficultés. On sait que l'extirpation des tumeurs intraligamentaires est grave; combien plus dangereuse encore doit être la myomectomie par la voie abdominale quand elle nécessite le décollement du péritoine du bassin et des manœuvres opératoires pénibles au milieu du tissu cellulaire pelvien!

Au lieu de se porter vers la eloison recto-vaginale, les tumeurs développées aux dépens de la partie supra-vaginale du col ou du segment de l'utérus adjacent, peuvent se développer vers la région antéecervicale entre l'utérus qu'elles repoussent en arrière et la vessie qu'elles compriment en avant contre le pubis. La diffieulté de leur extirpation résulte surtout du voisinage de la vessie et du cul-de-sac vésico-utérin. Lorsque l'énueléation réussit, les chances de guérison sont nombreuses; au contraire, lorsqu'elle est pénible ou impossible, les plus graves complications sont à redouter.

La tumeur peut s'aceroître surtout vers le vagin, gardant de simples rapports de contiguité avec la vessie; dans ce cas, la myomotomie vaginale est indiquée. Gustave Braun (1) a publié réeemment l'observation d'un myôme développé au-dessus de la paroi vaginale antérieure dont il fit l'ablation au thermocautère en se servant d'un spéculum imaginé pour la circonstance et qui rendit de grands services. Mann (2), de Buffalo, chez une femme atteinte d'un myôme issu de l'utérus au niveau de la naissance du col, fit une incision à un pouce en dehors de la ligne médiane de la paroi antérieure et un peu au-dessus de l'insertion du vagin pour éviter la vessie, l'uretère et l'artère utérine, puis attira la tumeur,

(1) Gustav Braun. Separatdruck, etc., 1886.
(2) Mann. Americ. Journ. of. obstetr., Juin, 1885. p. 570.

ouvrit le cul-de-sac péritonéal et décortiqua le myôme. La malade guérit sans accident. Elle eut une grossesse normale depuis cette opération.

Emmet (1) refusa d'opérer une malade chez laquelle on pouvait constater la présence d'une tumeur développée aux dépens du col entre l'utérus et la vessie. Il craignait la formation d'une large cavité susceptible de donner naissance à la septicémie.

On trouvera assez rarement des indications nettes de myomectomie vaginale pour des tumeurs antécervicales, parce qu'en raison de la position élevée qu'elles occupent et de leur développement facile vers l'abdomen, elles sont plutôt accessibles par la laparotomie. Ajoutons que la séparation de la vessie et de l'utérus sera bien plus aisée en attaquant le myôme par sa partie supérieure.

La *myomectomie vaginale* est donc une opération qui, pour n'être pas très bien connue, n'en est pas moins utile et indiquée dans certains cas. A propos des tumeurs sous-ligamentaires justiciables de la laparotomie, nous aurons à revenir sur les indications qui l'imposent; qu'il nous suffise pour le moment d'avoir montré qu'elle est non seulement possible, mais même autorisée.

Nous devrions encore insister, pour être complet, sur certains modes de traitement qui ont été tour à tour préconisés contre les fibromes du col en général, et contre les myômes rétrocervicaux en particulier; mais nous nous bornerons à citer deux méthodes qui ont encore une certaine vogue parmi les chirurgiens et qui sont applicables aux diverses variétés de tumeurs faisant saillie dans le vagin.

La première, dont nous avons déjà apprécié les résultats, est recommandée par Baker-Brown (2). Elle consiste en un premier temps, pendant lequel le chirurgien

(1) Société obstétricale de New-York., 18 déc. 1883.
(2) Baker-Brown. Obst. Transact., t. I, p. 329 et t. III, p. 97.

incise la capsule de la tumeur et cherche à l'isoler; en un second temps destiné à la segmentation ou à la dilacération du stroma fibreux. Baker-Brown se sert, pour arriver à ce résultat, de ciseaux tranchants sur leurs bords externes, qu'il enfonce dans le myôme et dont il écarte ensuite les branches en tous sens. Si le myôme est accessible, il fait, avant tout, l'évidement conoïde et procède, s'il y a lieu, à la dilacération.

La seconde méthode a été appliquée depuis longtemps, et préconisée surtout par Greenhalgh. Ce chirurgien cherche à provoquer la désagrégation de la tumeur en la perforant et l'incisant avec le fer rouge.

Il veille ensuite à l'évacuation régulière des produits gangreneux qui ne tarderaient pas à infecter l'économie. Malgré ses soins, il eut deux morts sur trois cas de myômes rétro-cervicaux traités par ce moyen.

Nous ne croyons pas avoir besoin de revenir sur les inconvénients de ces procédés, sur l'élimination du reste de la tumeur par gangrène et suppuration. On possède dans la myomectomie un traitement beaucoup plus sûr et beaucoup moins long, suffisant dans la plupart des cas.

M. Péan, avec une bienveillance dont nous ne saurions trop le remercier, a bien voulu nous soumettre l'exposé d'une méthode nouvelle qu'il a imaginée depuis quelque temps déjà et appliquée avec succès, pour le traitement des myômes utérins.

Ablation des myômes utérins par voie vaginale, après morcellement. Procédé de M. Péan. — Partant de cette idée que nous avons soutenue à plusieurs reprises, qu'il y a intérêt à opérer les myômes utérins avant qu'ils aient atteint un volume considérable, M. Péan a songé à les extirper par la voie vaginale, qu'ils soient interstitiels, sous-séreux ou sous-muqueux. L'expérience lui a démontré que, s'il est vrai que bon

nombre de tumeurs sont assez inoffensives pour rester inaperçues et n'être reconnues par les malades qu'à l'époque où elles sont volumineuses, la majorité des fibromes interstitiels donne lieu à des troubles fonctionnels qui les rendent difficiles à supporter. Pour ce motif, il n'hésite pas à proclamer qu'il est du devoir du chirurgien d'opérer toutes les tumeurs interstitielles du corps et du col dès qu'elles sont reconnues. Toutefois, les fibromes qui n'ont pas atteint le volume du poing et qui ne donnent lieu à aucun désordre, peuvent être respectés.

C'est pour arriver à ce but et *en une seule séance*, que M. Péan a imaginé le procédé suivant, applicable à tous les myômes qui s'élèvent à peu de distance au-dessus du pubis et atteignent à peine le volume d'une tête d'enfant de quatre ans.

La malade est couchée sur le côté et le chirurgien explore par les moyens ordinaires la tumeur en recherchant son siège. Le col utérin a été préalablement dilaté.

Si la tumeur est intra-utérine, M. Péan emploie le procédé déjà décrit au chapitre de l'énucléation.

Si elle est interstitielle ou sous-séreuse et siège assez haut sur l'utérus, elle ne peut être atteinte que si l'on s'est créé un chemin artificiel jusqu'à elle. Pour ce faire, le vagin est incisé au niveau de son insertion au col utérin sur les deux tiers environ de cette insertion et du côté de la tumeur, puis le col est dégagé dans toute sa hauteur ainsi que la partie inférieure de l'utérus. Quand la tumeur est intraligamentaire, elle est bien vite mise à découvert en dégageant sa coque du tissu cellulaire et mettant de longues pinces sur les vaisseaux. Des rétracteurs spéciaux écartent les parois vaginales et plongent jusque dans la plaie dont les lèvres sont béantes.

Le morcellement est alors commencé avec des ciseaux, des bistouris ou des pinces de modèles divers. La tumeur

est enlevée par petits morceaux et finit par se détacher complètement.

Quand le myôme est interstitiel, après décollement de la paroi vaginale du côté atteint, le col est incisé latéralement avec des ciseaux de bas en haut dans la direction de la tumeur, en sectionnant aussi le corps utérin dans la même direction verticale jusqu'à ce que l'on arrive sur le fibrôme reconnaissable à sa dureté, à la sensation qu'il procure en le coupant et à sa couleur quand la plaie est écartée après abaissement de l'organe. Les instruments destinés à pratiquer le morcellement sont introduits entre les lèvres de la solution de continuité utérine jusqu'à la tumeur qu'ils lacèrent et ramènent par morceaux du volume d'une mandarine à peu près. Au bout de quelques instants, la partie supérieure du myôme qui est la plus difficile à atteindre se détache sous l'influence de quelques tractions et l'énucléation est terminée. Il reste une cavité qui va s'oblitérer par rétraction de la paroi utérine et dans laquelle, grâce à l'abaissement facilité par la dissection du col, on peut placer des pinces sur les vaisseaux qui saignent.

Souvent la tumeur siège au niveau des cornes de l'utérus ou de son fond ; dans ces cas, le manuel opératoire de M. Péan ne varie pas ; il pénètre par incision des culs-de-sac péritonéaux antérieur ou postérieur jusqu'à la tumeur qu'il morcelle en conduisant ses pinces dentées jusqu'au point le plus facile à saisir. Peu à peu le myôme est arraché par lambeaux. Dans un cas, trois fibromes furent enlevés successivement par ce moyen sur la même malade, en pénétrant dans le péritoine.

Les suites de l'opération seraient peu graves, puisque M. Péan aurait eu toujours des succès ; le nombre des opérées serait de trente environ et dans aucun cas il n'aurait constaté d'accidents sérieux.

Tel est le procédé de morcellement pour lequel M. Péan a conçu les plus grandes espérances. Nous supprimons quelques détails accessoires, comme la suture du vagin au col utérin réséqué en partie; comme le pansement et les soins consécutifs qui nous obligeraient à un exposé beaucoup trop long. Il faut se défendre des jugements *a priori*, mais nous croyons qu'il y a dans la méthode que nous avons décrite une idée excellente, celle de rendre à la voie vaginale dans l'extirpation de certains myômes une importance qu'elle avait perdue. Nous ne saurions cependant souscrire aux conclusions formelles de M. Péan, lorsqu'il traite d'opération *inoffensive* la suite de délabrements péri-utérins que nous avons énumérés. La quantité des succès est certes bien imposante, mais elle est loin de nous autoriser à conclure avant plus ample informé. D'ailleurs, qui nous dit que les mêmes malades traitées par un chirurgien aussi habile que M. Péan, n'eussent pas guéri, après l'extirpation par la laparotomie ?

Les myômes du corps de l'utérus aussi bien que ceux du col peuvent produire des déplacements de l'organe que nous n'avons pas à étudier ici. Il est cependant des cas où le mode de traitement appliqué à ces tumeurs peut se trouver modifié.

Les myômes du corps produisent quelquefois l'inversion plus ou moins complète de la matrice par un mécanisme bien simple à comprendre. La Société de chirurgie, en janvier 1882, s'est occupée de ce sujet dans une intéressante discussion que nous avons déjà eu l'occasion de citer. Contre cette complication, le chirurgien est appelé à supprimer la cause, à faire l'ablation de la tumeur. Nous avons vu que Schrœder, Mickuliez et d'autres auteurs recommandaient l'inversion artificielle pour enlever plus facilement les corps fibreux implantés sur le fond de la matrice; nous avons prouvé aussi que des

tractions, même légères, pouvaient arriver au même résultat, comme dans une observation de M. Th. Weiss, et à propos de ces changements de forme de l'utérus nous avons décrit le mode de traitement à appliquer. L'énucléation sera toujours préférable aux autres moyens et il est rare qu'elle ne puisse s'effectuer dans ces conditions, puisque les manœuvres se font presque à découvert. D'autres chirurgiens préconisent l'ablation de la tumeur par le bistouri, l'écraseur, le thermocautère ou l'anse galvanocaustique.

Le grand danger de ces instruments divers est d'exposer à la section d'une partie de l'utérus inversé, surtout quand le myôme est interstitiel. C'est dans ces cas que le procédé suivant, indiqué par Jarjavay, peut être très utile; après section médiane de la tumeur jusqu'à sa base, on décortique chacune des parties de son implantation, ce qui permet d'éviter l'ouverture du péritoine. Mais si l'excision d'une portion de la paroi utérine ne peut être évitée, la suture des deux lèvres de la plaie permettra d'obtenir une réunion par première intention et la réduction de la partie inversée.

On pourra aussi traiter le pédicule utérin comme un pédicule de tumeur de l'ovaire par la ligature, et exciser au-dessous la tumeur et les tissus qui la supportent.

Nous ne voulons pas insister plus longtemps sur le traitement de cette variété de myômes, puisque les procédés de traitement qui leur sont applicables ont été étudiés plus haut. Quant à la cure de l'inversion, elle ne doit pas nous préoccuper.

Les myômes entraînent quelquefois un *prolapsus* complet de l'utérus, à tel point que l'organe sorti complètement de la cavité pelvienne, semble y avoir perdu droit de domicile. Dans ces cas, on a employé divers traitements, entre autres l'amputation totale de l'utérus, dont nous n'entreprendrons pas la description, renvoyant le

lecteur aux ouvrages qui traitent de la cure du prolapsus utérin.

Colpohystérectomie. — On a essayé l'extirpation par le vagin de l'utérus en dégénérescence fibreuse. Par analogie avec ce que Sauter, Langenbeck et Récamier avaient fait pour le cancer utérin, on voulut tenter l'hystérectomie vaginale dans les cas où les myômes étaient multiples et assez petits pour n'entraîner aucune complication opératoire. Nous voulons simplement signaler ici ces rares tentatives sans y insister longuement, car la colpohystérectomie est encore fort peu connue et elle n'a pas un manuel opératoire bien réglé.

Les indications sont peu nombreuses et n'ont pas été l'objet de l'attention des chirurgiens, encore portés à employer l'hystérectomie abdominale dans la plupart des cas. Toutefois on peut dire que pour pratiquer la colpohystérectomie, deux conditions sont nécessaires : 1° le faible volume de la tumeur qui permette les manœuvres de décollement et de ligature, puis son passage par le vagin; 2° la multiplicité des fibromes qui constitue une indication à l'enlèvement de tout l'organe. Quant aux autres circonstances pouvant engager à l'extirpation de l'utérus par la voie vaginale, elles ont été trop peu discutées pour que nous nous y arrêtions plus longtemps. Remarquons seulement que la laparotomie pour les myômes utérins a surtout donné de bons résultats, dans les cas où la colpohystérectomie paraît indiquée; c'est-à-dire lorsque l'on a affaire à de petites tumeurs; par conséquent, la préférence ne doit pas toujours être accordée à la voie vaginale. M. Péan (1) pratiqua le premier en France la colpohystérectomie pour une tumeur fibreuse. Quand cette opération aura été suffisamment étudiée et perfectionnée, dit ce chirurgien, on

(1) Acad. de médecine, 1882, et Gaz. des hôpitaux. Janvier 1886.

verra la léthalité descendre à des proportions minimes qui feront dès lors abandonner l'hystérectomie abdominale presque complètement. M. Demons (1) qui a essayé de réhabiliter en France la colpohystérectomie dans les cas de cancer est plein du même enthousiasme, et dans son travail très étudié, il formule l'indication de cette opération pour les cas de petites tumeurs fibreuses. Nous croyons aussi que l'extirpation totale est destinée à un grand avenir, mais nous ne songeons pas à voir bientôt disparaître de la pratique chirurgicale l'hystérectomie abdominale. La crainte de l'opération poussera toujours les malades à n'accepter l'intervention qu'autant que les tumeurs dont elles sont atteintes causeront des troubles par leur volume, de même que la gravité de l'ablation de l'utérus fera encore longtemps hésiter les médecins en présence d'une lésion qui débute. Malgré les beaux succès de la colpohystérectomie, malgré les résultats rapportés par Sänger (2), qui sur 4 opérations relève 4 guérisons, il faut encore se tenir dans une sage réserve.

Plusieurs fois l'ablation par le vagin fut faite par erreur de diagnostic. Olshausen extirpa l'utérus pour un myôme suppuré attenant au col, croyant avoir affaire à un cancer. Dans un autre cas de tumeur composée de végétations polypiformes glandulaires, Czerny fit avec succès l'ablation totale par le vagin. Teuffel et Kottmann en ont publié aussi deux observations. Dans le fait de Kottmann (3), l'utérus remontait à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, un fibrome interstitiel de la paroi gauche proéminait dans sa cavité. Le col fut amené à la vulve avec la muqueuse vaginale insérée sur tout son pourtour. Le chirurgien enleva la matrice et les ovaires ; puis, sans appliquer de sutures, établit un drainage. Au dix-septième

(1) Demons. Revue de chir., 1884, p. 652.
(2) Sänger. Arch. f. Gyn., 1883, p. 99.
(3) Kottmann. Correspond. bl. f. Schweiz. Aerzte. Janvier 1882.

jour, des matières fécales firent irruption par le drain dont la présence avait probablement amené l'ulcération d'une anse intestinale, mais la guérison n'en survint pas moins assez rapidement. Mandach (1) entreprit la colpo-hystérectomie pour un gros fibrome sous-séreux de la face antérieure de l'utérus, avec fibromes multiples dans la paroi postérieure. De nombreuses ligatures furent appliquées sur les ligaments larges, dont les pédicules furent amenés dans le vagin ; la vessie, quoique péniblement décollée de la surface de la tumeur, resta intacte et le péritoine fut suturé avec du fil de soie. La guérison se fit sans encombre, mais six mois après on dut enlever de la vessie un calcul formé autour d'un fil à ligature.

En ce qui concerne la technique de l'opération, nous ne pouvons que renvoyer au manuel opératoire décrit pour l'hystérectomie vaginale dans les cas de cancer, à l'excellente thèse de Doche (2) inspirée par M. Demons et aux discussions de la Société de chirurgie ; le temps nous manque pour examiner les divers procédés et en apprécier la valeur. Rappelons seulement en quelques mots la méthode employée par M. Péan (3).

Après avoir fait écarter les parois du vagin par des aides, il dissèque le col en s'éloignant avec soin de la vessie et du rectum, le coupe ensuite en deux moitiés suivant son axe transversal et attire ses deux lèvres avec des pinces de Museux, en faisant basculer l'organe dans différents sens, jusqu'à ce que le feuillet viscéral des parois antérieure et postérieure soit mis à nu. A ce moment, les ligaments larges seuls maintiennent encore l'utérus ; ils sont liés en deux moitiés et l'organe

(1) Mandach. Corresp. bl. f. Schweiz. Aerzte. 1882, n° 10.
(2) Doche. Thèse Paris, Delahaye, 1884.
(3) Péan. Gazette des hôpitaux, 1885, p. 474.

est détaché. Les deux pédicules ligamentaires amenés dans le vagin y sont ensuite suturés. Si la tumeur utérine est assez volumineuse pour causer des difficultés pendant la manœuvre opératoire, on procède d'avance à son morcellement.

DEUXIÈME PARTIE

MYOMES A ÉVOLUTION ABDOMINALE

Nous avons désigné sous le nom de myômes à évolution abdominale ou *centrifuge*, les tumeurs utérines qui, primitivement interstitielles, se développaient vers la surface séreuse et faisaient saillie dans la cavité abdominale. C'est donc surtout au traitement de ces tumeurs que sera consacrée cette seconde partie de notre travail; nous aurons plusieurs fois cependant l'occasion de revenir sur les myômes étudiés précédemment, soit pour discuter les indications de la thérapeutique qui leur est applicable, soit pour montrer que, dans certains cas, ils sont justiciables de la laparotomie.

Pour simplifier l'étude du traitement des myômes utérins qui se sont portés vers la cavité abdominale, il est nécessaire de considérer séparément ceux qui s'accroissent sur la surface libre de l'utérus, et ceux qui se développent dans la cavité pelvienne. Nous diviserons donc les myômes abdominaux en deux classes, en nous inspirant du plan adopté par M. Pozzi :

I° *Myômes à évolution abdominale proprement dite.*
II° *Myômes à évolution pelvienne.*

Il n'y a pas, en réalité, de différence aussi tranchée que nous semblons l'indiquer entre les tumeurs utérines : on peut même dire qu'il existe toute une caté-

gorie intermédiaire dans laquelle il serait possible de faire entrer les myômes à la fois pelviens et abdominaux. Mais, au point de vue du traitement, la division ci-dessus suffit aux besoins de la description, et c'est à cause de sa simplicité que nous l'avons adoptée.

CHAPITRE I.

I. — MYOMES A ÉVOLUTION ABDOMINALE PROPREMENT DITE.

Suivant notre définition, toutes les tumeurs qui se développent vers la cavité péritonéale entrent dans ce groupe ; elles ont généralement leur point de départ sur les parties de l'utérus qui portent un revêtement séreux, c'est-à-dire sur les faces antérieure et postérieure de l'organe et sur son fond. Les myômes nés, au contraire, sur les parties latérales ou sur le segment inférieur, qui déplissent les ligaments larges ou soulèvent le péritoine pelvien rentrent dans la deuxième classe.

Les myômes franchement *abdominaux* peuvent être entièrement *sous-séreux*, ou en partie *interstitiels ;* c'est là une classification adoptée depuis longtemps, au point de vue d'une description générale des tumeurs utérines. En ce qui concerne le traitement, elle est aussi acceptée par la plupart des chirurgiens, par Wells, Spiegelberg, Beigel et Gusserow.

Nous partagerons donc les myômes abdominaux en deux catégories :

1° *Les myômes sous-séreux ;*
2° *Les myômes interstitiels.*

Mais nous ne les étudierons pas séparément ; ce serait nous exposer à des redites inutiles. Auparavant, il est important de retracer les principales transformations qu'a subies jusqu'à nos jours la laparotomie pour les tumeurs fibreuses utérines.

Historique. — Les premiers chirurgiens qui pratiquèrent la laparotomie dans le cas de myômes utérins n'osèannt pas entreprendre l'extirpation de ces tumeurs ; leur intervention se bornait à une incision exploratrice, elle était motivée généralement par une erreur de diagnostic. Lizars, en 1825, et Dieffenbach, en 1826, se trouvant en présence de fibromes utérins qu'ils n'avaient pas soupçonnés, se contentèrent de refermer la cavité abdominale. On trouve dans la littérature médicale de cette époque une quinzaine de faits de laparotomies praquées dans ces conditions ; elles causèrent cinq fois la mort.

Bientôt les chirurgiens s'enhardirent et entreprirent l'extirpation des fibromes pédiculés. Granville, en 1837, faisait la première opération de ce genre, mais sans succès ; en 1844, Atlee et Lane étaient plus heureux : leurs malades guérirent rapidement.

Clay et Heath, en 1843, puis Burnham, en 1853, entreprirent les premières amputations partielles de l'utérus ; Burnham seul obtint un succès, malgré la présence de deux kystes de l'ovaire qu'il dût enlever pendant le cours de l'opération. C'est Gilman Kimball (1) qui fit, en 1853, de propos délibéré, la première hystérectomie pour un myôme interstitiel déterminant de violentes hémorrhagies. Ce chirurgien lia en deux parties le pédicule, sectionna l'utérus et fixa le moignon dans l'angle inférieur de la plaie, après l'avoir cautérisé au fer rouge. L'opérée guérit. En 1855, Peaslee, puis Spencer Wells, en 1859, exécutèrent l'hystérectomie, mais par erreur de diagnostic. Kœberlé fut le second chirurgien qui, après avoir reconnu la nature d'une tumeur utérine, essaya son extirpation. Enfin M. Péan, en 1864, pouvait déjà publier une statistique de 50 cas de gastrotomie avec 23 morts et 15 opérations inache-

(1) Gilman Kimball. Boston med. and surg. Journ., 1855.

vées. Sur les 12 guérisons figuraient 5 amputations supra-vaginales de l'utérus et 7 extirpations de tumeurs pédiculées. C'est à ce chirurgien que l'on doit les premiers travaux sur cette intéressante question et l'indication du manuel opératoire qu'il avait déjà pu appliquer 9 fois en 1873. L'Académie de médecine avait accepté froidement la nouvelle innovation de la chirurgie utérine ; l'observation de Kœberlé, qui lui avait été présentée en 1872, n'avait excité au sein de l'Assemblée que de la méfiance pour une opération aussi grave. M. Richet seul demanda que la condamnation fût suspendue jusqu'à production de nouvelles preuves.

C'est alors que la découverte de Lister vint transformer, pour ainsi dire, la chirurgie abdominale et donner un nouvel essor à l'hystérectomie. Dans la séance du 18 novembre 1879, M. Péan venait donner à l'Académie de médecine le détail de 46 hystérectomies avec 30 guérisons, tandis que, en Angleterre, Spencer Wells, à la même époque, comptait 24 extirpations complètes et 9 succès. De tous côtés, les opérations se multipliaient. Kœberlé, à Strasbourg, citait 9 guérisons sur 19 hystérectomies, et, en 1878, Gusserow (1), dans son livre sur les Maladies de l'Utérus, établissait pour chaque procédé opératoire la proportion de mortalité. Suivant cet auteur, l'extirpation des myômes simples non fibro-kystiques lui donnait 58 0/0 de mortalité. Caternault (2), en 1866, trouvait 60 0/0 de morts ; Schrœder, sur 108 laparotomies, arrivait à 85,3 0/0, et Gaillard Thomas à 75 0/0. M. Pozzi, en 1875, rassemblait 79 nouvelles observations avec une moyenne de 64 0/0 de mortalité.

Si nous donnons toutes ces statistiques jusqu'à la fin

(1) Gusserow. Die Neubildungen des uterus, 1878.
(2) Caternault. Essai sur la gastrotomie pour tumeur fibreuses. Paris, 1866.

de ce que nous pourrions appeler la première période de l'hystérectomie, c'est pour mieux faire ressortir les immenses résultats obtenus depuis dix ans dans la chirurgie utérine.

Le traitement extrapéritonéal du pédicule, tel que l'avait indiqué M. Péan, a été d'abord généralement employé par les chirurgiens, mais tous n'ont pas obtenu d'excellents résultats. Les progrès de l'ovariotomie, la réduction du pédicule dans cette opération, la sûreté relative donnée par l'antisepsie, n'ont pas peu contribué à faire naître de nouvelles méthodes qui, à l'heure actuelle, sont encore à l'essai pour la plupart. Peu à peu le clamp, les pinces à comprimer et le serre-nœud, tendent à disparaître ; à mesure que le manuel opératoire devient plus sûr et plus rapide, les procédés se simplifient et la statistique s'améliore.

Deux grandes méthodes de traitement du pédicule sont en présence, ayant chacune leurs indications spéciales et leurs avantages : la méthode *extrapéritonéale* et la méthode *intrapéritonéale*. La seconde est née de la première dont elle évite les inconvénients, mais elle présente des dangers considérables. Nous aurons à discuter la valeur de ces deux modes de traitement, à les apprécier ; nous le ferons à l'aide des statistiques et des travaux nombreux publiés dans ces dernières années, surtout en Allemagne.

Pour montrer les progrès de l'hystérectomie, citons encore quelques chiffres que nous trouvons dans les différents auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Bigelow (1), en 1883, publiait un total de 593 cas de laparotomie pour myômes utérins avec une mortalité de 42 0/0. L'amputation supra-vaginale y figure pour 41 0/0 de morts. Cette statistique ne donne pas une idée exacte des résul-

(1) Bigelow. Americ. Journ. of obstetr., 1883 et 1884.

tats actuels de l'hystérectomie parce qu'elle est composée de tous les cas publiés depuis les premiers temps de l'opération ; il est préférable de consulter celle de Gusserow (1), dressée avec des observations comprises entre les années 1878 et 1885. On y trouve 359 faits avec 237 guérisons et 122 morts, soit une mortalité de 33,9 0/0; si l'on ajoute encore 180 faits de Schrœder, Olshausen, Braun et Tauffer, on arrive à un total de 539 observations avec une proportion de 30 0/0 de mortalité. Sur les 359 cas de Gusserow, il y a 295 amputations supra-vaginales avec 190 guérisons et 105 morts, soit 36,2 0/0 de mortalité. 64 myomotomies simples donnent 17 morts ou 20 0/0 de mortalité. Cette statistique étant composée uniquement des observations publiées par les principaux chirurgiens, offre les meilleures garanties de vérité ; elle rend compte, en même temps, des résultats des opérateurs en particulier et de la valeur de leurs méthodes. Ainsi nous voyons Keith obtenir une mortalité de 3 0/0, Bantock de 9 0/0, Hégar et Kaltenbach de 8,3 0/0, tandis que pour Gusserow elle s'élève à 40 0/0, pour Thornton à 36 0/0, pour Wells et Kœberlé à 52 0/0.

Depuis 1864, jusqu'en 1881, M. Péan avait pratiqué en tout 51 hystérectomies et myomotomies ; dans le volume dernier de ses Cliniques, il ajoute 18 nouveaux faits, ce qui porte à 69 le nombre des laparotomies faites pour tumeurs fibreuses par ce chirurgien. On compte 24 morts, soit une proportion de léthalité de 34,8 0/0.

Hofmeier (2) a, dans une monographie pleine d'intérêt, que nous aurons souvent l'occasion de citer, réuni 100 observations de myomotomies dues à Schrœder, et arrive à la proportion de 32 0/0 de mortalité.

(1) Gusserow. Loc. cit., p. 101, édition 1885.
(2) Hofmeier. Die myomotomie. Stuttgard, 1884.

En France, Letouzey (1), Schwartz (2) et Amiot (3) ont successivement dressé des statistiques de nouveaux cas. Letouzey, après avoir rassemblé les faits postérieurs à la thèse de Pozzi, trouve 40 morts pour 100, tandis que Schwartz, en 1883, donne le chiffre de 37,5 0/0 et Amiot, en 1884, celui de 25,3 0/0 de mortalité.

Les 173 nouveaux faits que nous apportons nous ont donné en masse 105 guérisons et 68 morts, soit une proportion de 39,3 0/0 de mortalité. Les observations publiées depuis l'année 1878 entrent seules en ligne de compte, afin de pouvoir mieux comparer les opérations pratiquées sous la sauvegarde de l'antisepsie.

Nous devrons apprécier plus loin, à propos de l'étude des procédés, leur valeur relative; ne nous y arrêtons donc pas ici. Pour le moment, il nous suffit d'avoir montré que l'hystérectomie est dans une ère de prospérité qui présage d'excellents résultats pour l'avenir.

Avant d'entrer dans l'étude des méthodes opératoires, nous devons expliquer les termes dont nous nous servirons dans le courant de cette étude. Le mot d'*hystérotomie* qui autrefois désignait la plupart des opérations ayant pour but l'ablation de l'utérus ou des tumeurs de cet organe est beaucoup restreint aujourd'hui dans sa signification; il en est de même du nom de *gastrotomie* que l'on donnait déjà avant celui d'hystérotomie à toutes les opérations dans lesquelles on ouvrait la cavité abdominale.

M. Tillaux, dans sa communication à l'Académie de médecine, en 1879, proposa le mot d'*hystérectomie* pour

(1) Letouzey. De l'amputation supra-vaginale de l'utérus. Thèse de Paris, 1879.

(2) Ed. Schwartz. De l'hystérectomie. Revue de chir., 1882 et 1883, p. 125.

(3) Amiot. Du pédicule après l'hystérectomie. Thèse de Paris, 1884.

les eas où l'on enlevait par la seetion la totalité ou une partie de l'utérus, gardant le terme d'hystérotomie pour désigner l'ineision simple de la matriee. Quoique ees termes soient eneore synonymes pour beaueoup de chirurgiens, il est préférable de restreindre leur applieation et d'adopter pour les opérations qui ont pour but l'ablation d'une partie ou de la totalité de l'utérus ou même l'extirpation isolée de la tumeur, des dénominations différentes. Ainsi on désignera sous les noms de *myomotomie* ou de *myomectomie* l'ablation des myômes sous-séreux, quand l'utérus reste intact. Le terme de myomotomie, autrefois choisi par Sehrœder, est généralement employé en Allemagne et même en Franee, quoique suivant Sehwartz, le mot de myomeetomie soit plus logique et plus eonforme à l'idée qu'il représente.

Indication du traitement chirurgical. — Les myômes sous-séreux et interstitiels présentent des indieations opératoires qui leur sont eommunes et d'autres qui leur sont partieulières.

Leur aeeroissement rapide eonstitue, lorsque la malade est éloignée de la ménopause, une indieation d'agir rapidement et avant l'apparition des troubles généraux qui ne tardent pas à apparaître (anémie, thromboses, compressions, hémorrhagies, ete.). Il en est de même des modifications survenues dans la tumeur, des dégénéreseenees kystiques ou de nature maligne.

Indications fournies par les myômes sous-séreux. — Lorsque les myômes sont *pédiculés* ou sous-séreux, il est fréquent de eonstater, même avant qu'ils n'aient aequis un grand volume, des signes de *compression*, soit sur les organes pelviens, soit sur l'intestin. Ce phénomène se produit surtout quand la tumeur est adhérente à l'une des faees antérieure ou postérieure de l'utérus. On observe aussi une *douleur* d'une nature spéciale, que Bör-

ner (1) appelle « douleur péritonéale » (peritonitische Schmerzhaftigkeit) quelquefois assez intense pour faire croire à une péritonite et pour nécessiter l'intervention. Les douleurs que causent les tumeurs interstitielles ou sous-muqueuses (*Zerrungs oder Wehenschmerz*) sont moins intenses et ne donnent pas lieu comme les précédentes aux troubles réflexes gastriques et respiratoires observés quelquefois.

L'*ascite* est une complication fréquente des tumeurs sous-séreuses; elle épuise rapidement les malades par la reproduction immédiate du liquide après les ponctions évacuatrices. Gaillard Thomas (2) rapporte un cas où il retira par l'aspiration 195 litres de liquide en 4 mois. Certains auteurs, d'ailleurs, ont pratiqué déjà la laparotomie contre ce symptôme alarmant et Rokitansky (3) en retira lui-même de bons effets.

La *péritonite* est loin d'être rare comme accident dû à la présence des tumeurs sous-séreuses; ces dernières sont, en effet, une cause d'irritation constante produisant une inflammation d'autant plus vive que les corps fibreux sont situés plus haut sur l'utérus. La péritonite, comme l'ascite, ne peuvent guérir que si l'on supprime leur cause : la laparotomie suivie d'ablation de la tumeur est donc indiquée.

Il est une autre indication bien discutée et qui, cependant, vu les beaux résultats actuels de l'hystérectomie et de la myomectomie, doit être prise en grande considération, c'est la *stérilité*. Cette indication doit rester spéciale aux tumeurs sous-séreuses, parce qu'à part quelques petits myômes interstitiels, ce sont les seuls qui, après l'ablation, laissent la cavité utérine intacte. On pourra donc entreprendre, pour cette raison, l'extirpation d'une tumeur sous-séreuse, quand on aura la certitude qu'elle

(1) Börner. Sammlung Klin. Vorträge, n° 202, p. 15.
(2) Gaillard Thomas. Chicago med. Gaz., 1880, janv.
(3) Rokitansky. Wien. med. Presse, 1880, n° 8.

est la cause de la stérilité et qu'il n'existe pas de difficultés opératoires trop considérables.

Indications fournies par les myômes interstitiels. — Lorsque les myômes sont *interstitiels*, on a surtout à combattre les *hémorrhagies* quelquefois impossibles à arrêter, les compressions et les accidents nerveux sur lesquels on insiste peu dans les auteurs, mais qui sont assez violents quelquefois pour hâter l'intervention. Les hémorrhagies, d'après Röhrig (1) se produisent avec abondance dans les tumeurs interstitielles, environ dans la proportion de 87,3 0/0, ce qui montre suffisamment l'importance de ce symptôme. Quant aux accidents nerveux, ils prennent plus souvent la forme de l'éclampsie et de l'hystéro-épilepsie et ils disparaissent généralement après l'extirpation du corps fibreux.

Les *compressions* exercées par les tumeurs interstitielles sont fréquentes; nous verrons, en étudiant les indications du traitement des myômes à évolution pelvienne, que c'est la raison principale qui décide le chirurgien à intervenir. Dans les conditions qui nous occupent, la compression s'exerce surtout sur la vessie comme dans les observations de Browne (2), de Budin et de Dolbeau (cités par Börner) ou sur le rectum, causant des désordres qui nécessitent une action chirurgicale prompte.

Telles sont les principales indications du traitement chirurgical des myômes à évolution abdominale proprement dite; elles permettent de dire que l'on devra hésiter d'autant moins à intervenir qu'on aura constaté une tumeur pédiculée ou entièrement sous-séreuse. En

(1) Röhrig. Zur etiologie des uterus fibr. (Berlin. Klin. Woch., 1877, nos 30, 35).

(2) Browne. Amer. Journ. of obstetr., 1877, p. 38.

raison de la bénignité relative de la laparotomie faite dans ces conditions (opération que Gusserow met sur le même pied que l'ovariotomie), on pourra, dans le cas de phénomènes douloureux encore supportables, entreprendre l'extirpation; on aura bien rarement à s'en repentir. C'est, du reste, l'avis de Börner, qui a étudié attentivement la question. Quand la tumeur est franehement interstitielle, il faut songer à la possibilité d'une amputation supra-vaginale et alors le pronostic devient beaucoup plus grave; l'opération ne doit plus être proposée que dans les eirconstanees où la vie de la malade est menaeée.

Mais eomment se rendre eompte des eonnexions exaetes de la tumeur? Ce diagnostie n'est pas toujours faeile ; c'est pour l'établir sûrement que les ehirurgiens anglais et amérieains pratiquent si souvent *l'incision exploratrice* de l'abdomen. En Franee et en Allemagne, on est beaueoup plus réservé sur l'emploi de ce moyen souvent préeieux, mais qui présente des dangers réels que ne peuvent toujours eompenser les bénéfices fournis par l'examen direet du myôme. On sait, d'après quelques statistiques, eomme eelle d'Olshausen (1), de Lawson Tait (2) que la proportion de morts dans ees opérations est minime. Pour ce dernier auteur, elle serait de 21,20/0. M. Terrillon (3) a dressé un tableau de 179 ineisions abdominales avee 39 morts. Mais on ne peut eonelure de ees résultats aux dangers que présente l'opération dans les cas qui nous oeeupent à eause de l'application de eette méthode aux affections les plus diverses. Nous serions disposé à aecepter entièrement l'opinion de M. Terrillon, qui admet la légitimité de l'exploration directe, quand elle a pour but d'éclairer le diagnostie

(1) Olshausen. In Pitha et Billroth, cité par Terrillon.
(2) Lawson Tait. Britisch med. Journal, 1885, p. 220.
(3) Terrillon. Bull. de la Soc. de chir., 18 mars 1885.

afin de permettre une opération radicale. Les services que l'incision exploratrice peut rendre sont indéniables, et l'on est vraiment étonné de la voir entièrement délaissée par certains chirurgiens. Spencer Wells lui doit de nombreux succès et Bird affirme que sur 50 fois qu'il l'a employée, il n'a pas observé de mort. Nous n'insisterons pas plus longtemps sur l'utilité de la laparotomie exploratrice dans le traitement des tumeurs utérines, car nous aurons l'occasion d'y revenir à propos des indications de la castration.

Nous ne terminerons pas le chapitre des indications sans dire un mot des rapports des tumeurs fibreuses avec la grossesse. Ce sujet, fort bien étudié par Lefour et Chahbazian, intéresse autant le chirurgien que l'accoucheur. Nous savons que la gravidité active l'accroissement des myômes et que souvent il en résulte une compression fort inquiétante des organes abdominaux et thoraciques. Il y a déjà, dans ce fait, une indication pour l'intervention chirurgicale.

On en trouve encore une autre dans l'obstacle causé par les fibromes pédiculés ou interstitiels, au développement normal de la matrice et à l'accouchement. Quand la tumeur est interstitielle, l'intervention est fort dangereuse ; et, si la cavité utérine est intéressée, il y a avortement. Quand, au contraire, elle est pédiculée, la myomectomie reste souvent sans influence néfaste sur le produit de la conception. Les indications dépendront donc, comme le dit Landau (1), du diagnostic du siège de la tumeur autant que des troubles qu'elle occasionne.

Traitement chirurgical. — Les indications et le diagnostic étant posés, le chirurgien, après s'être entouré des précautions antiseptiques et après avoir préparé la

(1) Landau, Berlin. Klin. Woch. Mars 1885.

malade à l'opération, doit être prêt à intervenir. Il se trouve en présence de méthodes diverses, répondant pour la plupart à des aspects différents des tumeurs, mais qui toutes doivent dépendre de leurs rapports avec l'utérus. C'est dans le choix des procédés que réside la difficulté, comme c'est de leur application rapide et sûre que dépend le succès. Il ne faut pas s'attendre à trouver dans ce travail la description d'une méthode spéciale répondant à chacune des variétés des myômes utérins : les résultats si divers des statistiques ne nous permettent pas encore d'en arriver là ; tout ce que nous pouvons faire, c'est exposer les divers traitements et essayer leur critique pour en tirer quelques notions utiles dans l'état actuel de la science.

Nous négligerons dans la description des opérations diverses tous les détails opératoires qui précèdent ou suivent l'hystérectomie, persuadé que ce qui doit nous occuper surtout dans un sujet aussi vaste que le nôtre, c'est la technique et l'appréciation de chaque méthode en elle-même.

Le traitement chirurgical des myômes sous-séreux et interstitiels nécessite des opérations variables suivant les connexions de ces tumeurs avec l'utérus ; il est donc nécessaire d'étudier chaque méthode en particulier ; c'est dans ce but que nous avons adopté la division suivante :

1° Pour l'ablation des myômes sous-séreux pédiculés ou à base étroite, on fera la *myomectomie simple.*

2° Pour l'ablation de certains myômes encapsulés dans le tissu utérin, on pratiquera *l'énucléation.*

3° Pour l'ablation des myômes inclus dans la substance utérine, pour lesquels il faut enlever une partie de l'utérus avec ou sans ouverture de sa cavité, on fera l'*amputation partielle de l'utérus.*

4° Pour l'ablation des myômes avec extirpation de

l'utérus au-dessus des insertions du vagin, on fera *l'amputation supra-vaginale.*

5° Pour l'ablation de myômes multiples avec l'utérus hypertrophié, on pratiquera, dans certains cas, *l'extirpation complète de l'utérus.*

I. — Ablation des myomes sous-séreux. — Myomectomie.

Lorsqu'un myôme est sous-séreux et présente un pédicule mince, l'opération est en général facile, elle ne diffère guère, comme gravité, d'une ovariotomie ordinaire. Dans ces conditions, l'utérus n'est pas déformé, la tumeur lui semble surajoutée et il paraît tout rationnel de n'agir que sur le pédicule qui sert d'attache. Certains chirurgiens comme Olshausen, Billroth, font, à l'exemple de Kaltenbach en 1874, une simple ligature en masse sur ce pédicule, enlèvent la tumeur et ferment complètement l'abdomen. C'est ce que fit Rzehaczek (1) de Graz, à propos d'un myôme caverneux énorme, inséré par un pédicule de 5 centimètres sur le fond de l'utérus. Après avoir serré le pédicule dans la pince de Spencer Wells, il le sectionna, plaça une ligature et fit la réduction.

D'autres, craignant le glissement du lien, transpercent le pédicule avec une aiguille de Péan portant un fil double, et lient en deux moitiés. On préfère généralement aujourd'hui la ligature élastique qui offre plus de garantie contre l'hémorrhagie consécutive et n'empêche pas la réduction du moignon sectionné, comme nous le verrons plus loin.

Telle est la conduite que les chirurgiens considèrent comme la plus recommandable dans les cas où le pédicule n'atteint pas le volume du pouce; c'est aussi celle qu'on adopte lorsqu'on a affaire à un myôme du ligament rond. Nous voyons les opinions varier quand ce pédicule

(1) Rzehaczek. Wien. med. Woch, 28 avril 1883.

est plus considérable. Tandis que plusieurs auteurs préconisent encore la ligature en masse avec fil de soie ou fil élastique, d'autres recommandent toujours la formation de plusieurs faisceaux qui sont liés séparément.

Schrœder suture ensemble les bords de la plaie de section et croit ainsi se mettre sûrement à l'abri des dangers consécutifs. Il applique surtout ce procédé dans le cas où le pédicule est court et du diamètre de 4 à 5 centimètres; on trouve alors des vaisseaux habituellement volumineux qui se rendent dans la tumeur et nécessitent une hémostase attentive.

On peut lier, comme le dit Gusserow (1), les vaisseaux séparément et réduire, ou comme Billroth et Spencer Wells, appliquer une ligature bien serrée et en masse sur le pédicule. Pour assurer le lien et empêcher son glissement, ces chirurgiens ont soin de préparer, avant l'application du fil, un sillon qu'ils produisent avec les mors d'un écraseur en métal; ainsi maintenu, le fil élastique peut-être laissé sans crainte dans l'abdomen. La cautérisation au thermocautère de la surface de section ou l'application de perchlorure de fer ou de chlorure de zinc sont des moyens hémostatiques qu'ils emploient souvent, et qui ne causent aucun empêchement à la réduction.

Enfin dans ces cas de myômes sous-séreux avec pédicule atteignant 5 centimètres de largeur, certains chirurgiens appliquent la méthode extrapéritonéale en fixant le moignon de la tumeur à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Cette précaution semble à peu près superflue, car l'hémostase est alors facile à assurer et la surface sanglante trop peu considérable pour laisser concevoir des inquiètudes.

Olshausen (2) donne un tableau dont les cinq pre-

(1) Gusserow. Die Neubildungen des uterus, 103.
(2) Olshausen. Deutsche Zeitschr. f. Chir., déc. 1881, p. 171.

mières observations ont trait à des tumeurs pédiculées. Quand le volume du pédicule ne dépasse pas trois doigts, ce chirurgien applique une ligature élastique en masse ; dans un cas où ce volume atteignait 5 centimètres de diamètre, trois liens furent placés, deux sur chaque moitié et un autre sur la totalité.

Fischer (1) relate dans un travail très étudié l'observation d'un myôme dont le pédicule large de 3 centimètres fut lié en masse. Il maintint la ligature élastique par des points de suture qui la reliaient au moignon et affronta les bords de la surface sectionnée. Ce procédé a été souvent imité, il évite les accidents dus au glisssement des liens, quand les tissus se rétractent. La présence du cordon élastique dans la cavité abdominale semble inoffensive, comme nous le verrons.

Si l'extirpation des myômes pédiculés peut être considérée comme bénigne de nos jours, il n'en a pas toujours été ainsi, car Olshausen perdit, avant l'application rigoureuse de l'antisepsie, deux opérées sur cinq. Martin (2) sur quatorze cas eut trois décès, et Gusserow rapporte que la mortalité des opérations de Schrœder atteint 9,5 0/0. Il ne faut cependant pas tenir grand compte de ces résultats obtenus avant les perfectionnements des méthodes actuelles et avant l'antisepsie ; personne, d'ailleurs, ne conteste aujourd'hui le peu de dangers de la myomectomie faite pour les tumeurs pédiculées.

Il peut arriver que les myômes, tout en étant pédiculés, ne puissent être traités par la simple ligature, c'est lorsque leur base se continue presque immédiatement avec l'utérus; il faut, dit Olshausen, qu'un pédicule ait au moins une longueur de 1 cent. 5 à 2 cent. 5 pour qu'on puisse efficacement appliquer un lien con-

(1) Fischer. Deutsche Zeitschr, f. Chir., Bd., 17, 114, p. 417.
(2) Martin. Berlin. klin. Woch, 1885, n° 2.

stricteur. Dans les circonstances où le maintien du fil n'est pas assuré, il est préférable d'agir comme si la tumeur était réellement sessile, cas qu'il nous reste à examiner.

Un myôme sous-séreux peut garder avec le tissu utérin des connexions assez peu intimes pour qu'après son ablation, on ne remarque aucune perte de substance de la paroi ; néanmoins, la base d'implantation apparaît sous l'aspect d'une plaie étalée et saignante. C'est dans ces conditions que la méthode de Schrœder rendra de grands services. Après ligature au catgut ou au fil de soie des principaux vaisseaux, on pourra recouvrir la plaie avec une manchette de la séreuse péritonéale préalablement détachée de la surface de la tumeur, suturer les bords du lambeau et fermer la cavité abdominale. Ce mode d'insertion de la tumeur est rare et, quand il existe, le principal accident à redouter est l'hémorrhagie. C'est pour éviter la perte de sang et la longueur de l'opération qu'Olshausen est tout disposé à enlever alors un coin de la substance utérine pour réunir ensuite les bords de la plaie, suivant un procédé que nous aurons à exposer. D'autres chirurgiens enfin, trouvent dans la largeur de la plaie, dans le suintement sanguin qui persiste quelquefois longtemps à sa surface, des raisons suffisantes pour former un pédicule utérin qu'ils maintiennent à l'extérieur en l'attirant dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Nous verrons avec plus de détails comment s'exécutent ces divers temps opératoires.

Braun (1) préfère toujours le traitement extrapéritonéal. Le myôme est-il pédiculé ? Ce chirurgien s'applique à conserver l'utérus et les ovaires et emploie la ligature élastique, le serre-nœud de Lister, puis cautérise. Une ou

(1) Braun. Wien. med. Woch., 1884, n° 27.

deux aiguilles sont alors passées entre les deux ligatures et fixent le pédicule à l'extérieur.

Il nous reste à apprécier la *myomectomie* à l'aide des observations que nous avons pu recueillir. Schwartz, en 1883, dans son intéressant travail, relate deux cas de morts sur treize opérations. Hofmeier, rassemblant des faits d'énucléation, d'amputation partielle de l'utérus et de myomectomie proprement dite, arrive à la proportion de 32 0/0 de mortalité, chiffre beaucoup trop élevé, car c'est surtout dans les opérations où le tissu utérin est intéressé que les accidents mortels se produisent. Nous avons réuni 32 observations provenant de diverses sources et n'ayant pas encore compté dans les statistiques que nous aurons à passer en revue dans ce travail. Nous avons donc pris soin de ne recueillir que les faits épars ou publiés dans des mémoires peu importants, laissant au lecteur le soin de recourir aux statistiques si étendues de Bigelow, de Spencer Wells, de Lawson Tait, de Schrœder, de Gusserow et de Martin.

Sur nos 32 cas, nous avons trouvé huit décès, soit la proportion de 25 0/0. On peut remarquer que la mort est survenue généralement lorsqu'on avait affaire à des pédicules volumineux. Quatre fois le pédicule avait été réduit, quatre fois il avait été fixé à l'extérieur. Homans (1) vit survenir la mort dans trois de ses myomectomies, à cause de difficultés opératoires considérables tenant aux adhérences. Une fois seulement il avait employé la méthode extrapéritonéale avec ligature élastique. Braun (2) se servit, dans un cas, du procédé de Schrœder pour la suture du pédicule; une hémor-

(1) Homans. Boston med. and surg. Journ., 1885, t. I, p. 313.
(2) Braun. Wien. med. Woch., 1884, nº 22.

rhagie foudroyante enleva la malade. Spencer Wells (1) perdit une de ses opérées d'embolie pulmonaire ; dans un autre cas, c'est quelques heures après l'opération que la malade succomba. Nous voyons que les accidents étrangers à l'opération sont, dans la plupart des cas, responsables de la léthalité relativement forte de la myomectomie. Quant à l'action chirurgicale en elle-même, elle doit être regardée, sinon comme bénigne, du moins comme peu grave, lorsque les tumeurs sont franchement pédiculées.

Dans les cas difficiles, alors que le pédicule est large et saignant, court et étalé, il est plus avantageux de le fixer dans la plaie abdominale ; dans les autres circonstances et surtout pour les pédicules étroits, le choix doit être laissé au chirurgien qui, seul, au cours de son opération, peut juger des indications à remplir.

(1) Spencer Wells. Diagnostic et traitement des tumeurs abdominales. Trad. franç., 1886.

TABLEAU

DES MYOMECTOMIES

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR. LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	PÉDICULE	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
1	Braun Wiener Med. Woch. nº 22. 1884.	26 mars. 1880	54 ans.	Un enfant. Hémorrhagies depuis 3 ans. En 1867, 6 ponctions nécessitées par l'ascite. Vomissements fréquents.	Fibrome utérin du volume d'une tête d'adulte. Ascite considérable.	Myomotomie. Drainage.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
2	id.	11 nov. 1882	43 ans.	Grossesse de 3 mois. Pas d'enfants. Dyspnée considérable.	2 Fibromes, s'élevant jusqu'à l'appendice xyphoïde. Le 2e, partant du fond de l'utérus.	Adhérences entre la 1re tumeur et l'épiploon. Ligature des 2 pédicules. Ablation des fibromes.	Pédicule intrapér.	Guérison.	Avortement 7 jours après l'opération. Expulsion du placenta 2 jours après.
3	id	5 déc. 1882	55 ans.	3 enfants.	Fibrome du volume d'une tête d'adulte.	Myomotomie.	Procédé Schrœder.	Mort.	A l'autopsie : Anémie générale. Hémorrhagie consécutive dans l'abdomen par les 2e et 3e étages de sutures. Injection du péritoine.
4	id.	26 nov. 1883	30 ans.	Grossesse de 4 mois. Avortement antérieur. 5 enfants. Hernie ombilicale. Dyspnée considérable. Avortement provoqué par l'introduction d'une sonde utérine.	Fibrome du volume de 2 têtes d'adulte s'élevant jusqu'aux côtes. Pesant 8 livres.	Ligature élastique et serre-nœud. Pédicule de la largeur de la main. Conservation de l'utérus et des 2 ovaires. Excision du sac de la hernie ombilicale adhérent à l'épiploon.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
5	Ebner. Wiener Med. [illegible]	26 oct. 1882	56 ans.	2 grossesses. Début: [illegible] ans.	Tumeur immobile, fluctuante. [illegible]	Laparotomie. Adhérences nombreuses et [illegible]	»	Guérison.	»

6	Tauffer. [illegible] Woch. 1885.	11 nov.	38 ans.	Mariée.	Myome sous-sé[illegible] volume du poing.	Myomotomie.	Pédicule [illegible]	Guérison.	»
7	Boissarie de Sarlat. Annales de Gynéc. T. XXIV. p. 42. 1885.	»	34 ans.	2 enfants. Début il y a 7 ans. Hémorrhagies. Œdème des extrémités. Ergotine.	Myôme du côté droit de l'utérus.	Décortication de la tumeur recouverte par la séreuse. Sutures.	Pédicule intrapér.	Mort.	Le surlendemain.
8	Grundberg. Centralb. f. Gyn. 1883, p. 468.	11 sept. 1881	36 ans.	Enfant il y a 5 ans. Depuis 2 ans, tumeur abdominale. Ascite. Dyspnée. 3 ponctions.	Myome très vasculaire, pédiculé.	Laparotomie. Tumeur insérée sur la corne utérine droite. Pédicule épais de 4 c. Myomectomie.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
9	Studsgaard. Centr. f. Gyn. 1883, p. 469.	3 nov. 1879	37 ans.	Nullipare. Non mariée. Tumeur depuis 6 ans. Règles toujours régulières, indolores peu abondantes.	Fibromyôme.	Laparotomie. Pas d'adhérences. Pédicule large, serré avec des fils métalliques. Lister.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
10	E. Bœckel. Gaz. Méd. Strasbourg. 1er juin 188).	10 mars 1880	33 ans.	1 couche (fœtus mort-né). Le ventre commence à grossir en 1879.	Tumeur ovoïde. Assez ferme saillante. Hystéromètre. 8 c.	Pas d'adhérences. Pédicule de 3 à 4 c. de long, de la grosseur de 3 doigts. Serre-nœud. Ligature en 2 parties, au catgut.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»
11	E. Bœckel. Gaz. Méd. Strasbourg.	7 fév. 1885	36 ans.	3 enfants. Début de l'affection il y a 3 ans. Pas de douleurs. Règles régu lières. Le ventre a le volume d'une grossesse au 7e mois.	Tumeur ferme remontant à 10 c. au dessus de l'ombilic. Seconde tumeur Trilobée à gauche, complètement adhérente à la grande. 29 petits kystes. Poids : 3 k.	Ligature élastique. Excision au bistouri. Anses métalliques dans le sillon de la ligature élastique, et serre-nœud. Fiche métallique pour maintenir le moignon en dehors. Ovaires sains, mais étranglés par la ligature métallique : on les enlève ainsi que les trompes. Cautérisation.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR. LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	PÉDICULE	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
12	Homans. Bost. med. and Surg. J. 1885. p. 313, T. I.	2 avril 1881	»	»	Tumeur fibro-kystique.	Enlevée du fond de l'utérus pendant une ovariotomie. Sa base fut transpercée, cautérisée, liée contre le pédicule ovarien.	Pédicule extrapér.	Guérison rapide.	»
13	id.	24 avril 1883	43 ans.	Mariée, mère de 6 enfants. Début de la tumeur, il y a 4 ans. Défécation laborieuse. Miction diminuée.	»	Liquide ascitique. Adhérences à l'intestin et au péritoine. Ligature élastique, puis clamp autour du pédicule de la tumeur. Ovaire droit seul enlevé.	Pédicule extrapér.	Mort.	Le 5e jour. Pas d'autopsie.
14	id.	20 déc. 1883	45 ans.	Mariée. Ménopause arrivée depuis un an. La tumeur a continué à croître. Ascite et anasarque.	»	Tumeur adhère à la partie abdominale et au côlon transverse. Le pédicule se rend à la corne droite de l'utérus. Ligature, puis cautérisation.	Pédicule intrapér.	Mort.	De ch oc 3 heures après l'opération.
15	id.	9 oct. 1883	35 ans.	Début de la tumeur 2 ans avant l'opération.	»	Le pédicule de deux pouces de diamètre était adhérent à l'utérus. Myomectomie.	Traitem. intrapér.	Mort.	4e jour de péritonite.
16	Hovitz. Centr. f. Gyn. 1883. p. 423.	27 fév. 1882	37 ans.	Fortes métrorrhagies.	Fibromyome.	Laparotomie. Tumeur du volume de 2 poings, reliée à l'utérus par un court pédicule Une autre tumeur interstitielle apparaît. On enlève seulement la première. Myomectomie. Ligature élastique autour	Pédicule extrapér.	Guérison.	»

	1885, p. 82.			3 ans. Hémorrhagies répétées. Syncopes. Anémie.	ges.	adhérent au col utérin. Section sans ligatures.			
18	Polaillon. Arch. Tocologie. Janvier 1885, p. 67.	»	38 ans.	Réglée à 13 ans. A 22 ans perte de sang. Métrorrhagies. Affaiblissement.	»	Ligature élastique. Pédicule de 10 c. de long fixé dans la plaie abdominale.	Pédicule extrapér.	Mort.	Collapsus et vomissements.
19	Jeannel de Toulouse. Bull de la Soc. de chir. 6 janv. 1886.	26 mars 1885	47 ans.	5 enfants. Début depuis 4 ans. Hémorrhagies. Croissance rapide de la tumeur.	Myôme utérin, implanté sur la corne droite et le fond de l'utérus.	Adhérences à l'intestin. Le pédicule est traversé par 2 broches et lié au dessous. On le touche au perchlorure de fer.	Pédicule extrapér.	Guérison.	Le 16e jour.
20	Grawford Renton. The Lancet. 6 octob. 1882.	18 nov. 1882	35 ans.	Mariée. Sans enfants. Début, il y a 10 ans. Pas de ménorrhagies.	Tumeur fibreuse pédiculée.	Pédicule de 6 pouces de circonférence. Ligature temporaire. 4 ligatures permanentes au fil de soie. Section au thermo-cautère. Réduction.	Pédicule intrapér.	Guérison.	Hémorrhagie le lendemain. Ouverture de l'abdomen. Application du serre-nœud de Kœberlé
21	Spencer Wells. Diag. et trait. des tumeurs abd. 1886.	1883	»	»	Tumeur fibro-kystique.	Adhérences pariétales. Pédicule très court, lié en 2 parties. Myomectomie.	Pédicule intrapér.	Mort après quelques heures.	»
22	id.	Décemb. 1884	30 ans.	Non mariée.	Tumeur fibro-kystique.	Pédicule de la grosseur du petit doigt, transpercé et lié en 2 moitiés avec du fil de soie.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR. LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	PÉDICULE	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
23	id.	Octobre 1879	40 ans.	»	Tumeur fibro-kystique.	Adhérences à la paroi abdominale. Le moignon est lié en 2 parties, puis une 3e ligature maintient les 2 premières.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
24	id.	12 août 1878	36 ans.	Mariée. Pas d'enfants. Début en 1876. Ponction de 11 litres de liquide.	Tumeur fibro-kystique.	Ponction. Adhérences à la paroi. Pédicule de 2 cent. 5 d'épaisseur. Clamp.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
25	Sp. Wells. Diag. et trait. des tumeurs abd. 1885. trad. franç. 1886	27 sept. 1880	»		Fibromyôme volumineux.	Pédicule de 6 à 7 c. de longueur, inséré sur le fond de l'utérus à gauche et sectionné.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»
26	id.	»	52 ans.	Non mariée.	Fibromes multiples.	Un pédicule est fixé par un clamp à l'extérieur. Un autre fibrome sessile est traité par transfixion à sa base et ligature.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
27	id.	»	36 ans.	Non mariée.	Myôme solide de 10 kilog.	Pédicule fixé à l'extérieur par 2 longues épingles et une ligature.	Pédicule extrapér.	Mort.	Embolie pulmonaire après 14 jours.
28	id.	7 déc. 1879	52 ans.	Veuve.	Ascite. Fibrome du volume d'une tête de fœtus. In-	Pédicule de 10 cent. de circonférence. Il est saisi entre les mors de	Pédicule extrapér.	Guérison.	»

									de la vessie.
30	Billroth. Archiv. f. kliu. Chir. V. Langenbeck. T. XXI. 1877, p. 860.	2 janv. 1877	49 ans.	Un enfant. Menstrues régulières, jusqu'à 32 ans. Depuis les hémorrhagies, développement du ventre. Ergotine sans succès.	Fibrome ayant le volume d'une tête d'adulte.	Excision. Cautérisation du pédicule.	Procédé de Schrœder.	Guérison.	»
31	John Scott. New-York méd. J. 9 mai 1835.	13 nov. 1884	30 ans.	Pas d'enfants. Réglée à 12 ans. Début, il y a 2 ans.	Dégénérescence fibrokystique complète de l'utérus.	Pas d'adhérences. Ligature élastique. Ligature à la soie du pédicule en 2 parties ; section. Drainage.	Pédicule intrapér.	Guérison.	Hémorrhagie consécutive.
32	Rzehaczek. Wien. med. Woch. n° 16. 1883.	16 oct. 1882	52 ans.	Réglée à 14 ans Mariée. 2 enfants. Début en 1877. Péritonite, il y a un an. Jamais d'hémorrhagies.	Tumeur abdominale immobile, fluctuante. Utérus à dimensions normales. Myôme caverneux du fond de l'utérus. Adhérences.	Adhérences nombreuses, très vasculaires. Ponction. 56 ligatures de vaisseaux. Pédicule de 5 cent. Excision et cautérisation.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»

II. — ABLATION DES MYOMES INTERSTITIELS ENCAPSULÉS. ÉNUCLÉATION.

Nous venons de voir que, pour les tumeurs sous-séreuses, dont le pédicule présente quelque analogie avec le pédicule des kystes ovariques, il y avait accord presque unanime entre les chirurgiens pour l'emploi de la méthode intrapéritonéale. Il n'en est plus de même pour les myômes interstitiels qui vont nous occuper maintenant.

L'énucléation par la voie vaginale est une excellente opération quand elle peut être effectuée en un temps et sans causer de délabrements considérables au niveau du col ou des parois utérines. L'énucléation par la voie abdominale, faite dans les mêmes conditions est aussi d'un excellent pronostic; elle puise ses indications dans la présence d'une capsule bien distincte autour de la tumeur, dans le siège de cette tumeur et dans l'absence d'autres corps fibreux dispersés dans le parenchyme utérin.

C'est Spiegelberg (1) qui pratiqua, le premier, l'énucléation intrapéritonéale avec suture de la plaie utérine; la malade mourut le seizième jour d'une péritonite septique. Martin publiait, en 1880, une méthode d'énucléation des myômes développés dans la paroi utérine et insistait sur les inconvénients de la plaie cavitaire qui persiste après l'opération. Billroth et Gayet, d'après Hégar et Kaltenbach, avaient aussi tenté l'énucléation par la laparotomie, mais sans succès.

Souvent l'énucléation se fait très simplement et même s'impose au cours de l'ablation d'un myôme utérin, quand on a reconnu le peu d'adhérence de la tumeur avec les parties voisines. Lorsque l'opération est commencée, on est quelquefois contraint de l'interrompre par suite d'adhérences trop fortes avec les tissus voisins ou à cause de la perte de sang qu'elle occasionne. Depuis l'usage

(1) Spiegelberg. Arch. f. Gyn. Band. IV, p. 340.

de la ligature élastique temporaire, ce dernier accident n'inquiète plus autant le chirurgien; la malade n'est pas épuisée et la durée du traumatisme est en général très courte. Martin (1) a employé 8 fois la ligature provisoire pour faire l'énucléation ; 2 fois la cavité utérine fut ouverte à cause de l'adhérence de la muqueuse à la tumeur et les malades succombèrent; dans un autre cas l'anémie fut la cause de la mort, mais dans aucune de ses observations, l'on ne trouve signalée d'hémorrhagie appréciable.

Quand la tumeur est peu volumineuse, on fait à sa surface une incision intéressant les parties qui la recouvrent jusqu'à ce qu'on arrive sur le tissu blanc et dur, caractéristique des corps fibreux; à ce moment, on cherche à décortiquer à l'aide d'un corps mousse en rompant les adhérences et les vaisseaux. Si la tumeur est volumineuse et fait une forte saillie au-dessus de la paroi utérine, on se contente, dit Schrœder (2), de faire une section circulaire un peu au-dessus de la base de la tumeur et c'est dans cette plaie linéaire que le doigt cherche à décoller la capsule. Parfois toute la coque ne se laisse pas limiter et il reste un pédicule de plusieurs doigts de large, très vasculaire, qu'il faut lier et sectionner à part. Ce fait, dont il est bon d'être prévenu, n'offre d'importance qu'autant qu'on serait porté à ne pas faire une ligature solide sur les vaisseaux contenus dans ce tractus cellulaire d'où pourraient résulter des hémorrhagies consécutives. On remarque souvent aussi qu'après avoir fait l'énucléation d'un corps fibreux, il peut s'en trouver d'autres dans le voisinage, c'est ainsi qu'on est entraîné quelquefois à égrener tout un chapelet de ces tumeurs occupant l'épaisseur de la paroi. On doit alors craindre de pousser trop loin les recherches et d'ouvrir la cavité utérine, accident qui

(1) Martin. Berlin. Klin. Woch, 1885, n° 2.

(2) Schrœder. Krankheiten der weibl. Sex. org. Leipzig, 1884.

exposerait à tous les risques d'une amputation partielle. Nous trouvons des exemples de ces complications dans quelques observations relatées par Lomer (1) et Martin. Gusserow, Olshausen et Morike ont également intéressé la muqueuse utérine en énucléant des myômes interstitiels, sans qu'il en soit résulté de grandes conséquences.

La tumeur une fois énucléée, il reste à traiter la cavité quelquefois énorme qui la contenait. Certains chirurgiens ont dit qu'aussitôt après l'opération, les parois utérines se contractaient, comblaient la plaie et que, par conséquent, les sutures étaient inutiles. Mais on a observé plusieurs fois des accidents d'hémorrhagie presque foudroyante et souvent une péritonite septique. Il sera ordinairement préférable, dit Gusserow, de fermer la plaie par des sutures, surtout si la perte de sang est abondante et si la cavité utérine a été ouverte. C'est ce que fit récemment Boissarie (1), de Sarlat, pour un myôme implanté sur le côté droit de l'utérus. La mort s'ensuivit.

Schrœder laisse au chirurgien toute liberté; il doit s'inspirer de l'état de la matrice et de l'étendue de la plaie. D'après cet auteur les contractions de l'organe suffisent quelquefois à fermer la perte de substance; c'est en effet un phénomème que l'on constate facilement après les énucléations par la voie vaginale. Mais dans les cas où la cavité est grande, lorsque ses parois sont dures, restent béantes, Schrœder recommande d'enlever les débris de l'enveloppe et de placer des sutures sur les bords de la plaie ainsi avivée; elles sont nécessaires pour maintenir une adaptation complète et constituer un obstacle contre l'hémorrhagie. Si la cavité utérine est ouverte, Schrœder

(1) Lomer. Zeitschr. f. geb. und gyn., 1883.

(2) Boissarie. Annales de gynécologie, t. XXIV, 1885, p. 42.

régularise encore la plaie et rétablit la forme de la matrice en appliquant le procédé de sutures en étages que nous aurons à exposer plus loin. Dans un cas où le myôme siégeait sur la face antérieure de l'utérus, il adapta la portion voisine de la vessie sur la plaie par une suture continue au catgut. On pourrait croire qu'il suffit d'adapter les lambeaux du péritoine au-dessus de la cavité d'énucléation, mais quand on songe que cette cavité n'offre rien qui ressemble à une plaie ordinaire, que les tissus qui la tapissent sont peu disposés pour une réunion immédiate, on comprend le peu de crédit accordé à cette méthode d'oblitération.

On peut encore, à l'exemple de Küster, et lorsque la cavité est profonde, se borner à suturer ses bords à ceux de la plaie abdominale en établissant un drainage ; les adhérences entre le péritoine pariétal et la séreuse qui recouvre les bords de la solution de continuité de la paroi utérine se produisent facilement et l'oblitération se fait peu à peu. Moore de Rochester employa ce moyen avec succès. James Braithwaite (1) essaya ce procédé pour un myôme de la face antérieure de l'utérus, mais le mauvais état général de son opérée ne put triompher des suites de l'opération ; elle mourut le même jour de thrombose cardiaque. La méthode extrapéritonéale, dans es cas où l'on a affaire à une cavité d'énucléation assez onsidérable, paraît être le moyen le plus sûr d'arrivere à la guérison, quand on ne veut pas faire l'amputation partielle de l'utérus. Elle peut aussi être employée dans les circonstances où l'énucléation reste incomplète, ou bien quand le fibrome s'est sphacélé ou a commencé à suppurer ; elle permet d'attendre ainsi l'élimination des restes de la tumeur par la plaie abdominale, sans inconvénients pour la santé de la malade. La méthode qui consiste à fixer une tumeur utérine dans une plaie faite

(1) James Braithwaite. The Lancet, 7 février 1885.

à la paroi abdominale, rarement employée comme moyen de traitement, a une certaine analogie avec le procédé précédent ; c'est par la désagrégation successive du tissu du corps fibreux que la guérison se produit. Il est inutile d'ajouter combien elle sera quelquefois longue à obtenir et au prix de quels soins on y parviendra.

Vulliet, de Genève (1), faisait récemment une communication sur ce mode de traitement des fibro-myômes utérins. Il consiste à faire l'opération en deux temps. Dans un premier temps, on ouvre l'abdomen et on amène la tumeur au niveau de la plaie de la paroi ; on fixe à son revêtement séreux le péritoine pariétal, afin de déterminer des adhérences. Lorsque l'adhésion des deux surfaces semble obtenue, c'est-à-dire environ quarante-huit heures après la section abdominale, on fend la tumeur mise à découvert, avec le thermocautère ou avec le galvanocautère et on cherche à en extraire quelques lambeaux. Dans des séances successives, on peut, autant qu'il est nécessaire, chercher à extraire des parties du néoplasme à l'aide d'un harpon et des ciseaux jusqu'à ce que la coque soit à nu. Vulliet, dans l'observation qu'il apporte à l'appui de cette méthode, n'a jamais remarqué de fièvre ; son opérée était en voie de guérison.

C'est là un procédé d'*énucléation graduelle*, analogue à l'opération de l'énucléation en plusieurs temps que nous avons décrite pour la voie vaginale. Offre-t-elle les mêmes inconvénients que cette dernière? Les faits ne sont pas assez nombreux pour trancher la question, mais on peut dire que le morcellement lent de la tumeur ainsi employé, n'offre pas les mêmes dangers de septicémie que lorsqu'il est pratiqué dans la cavité utérine. Toutefois pour ceux qui connaissent la lenteur d'élimination et la longue suppuration qui accompagnent la cicatrisation de cavités fixées ainsi par leurs bords aux parois

(1) Vulliet. Revue méd. de la Suisse romande. Déc. 1885.

abdominales, il y a lieu de faire de nombreuses restrictions sur le résultat opératoire et surtout au sujet de la santé de la malade.

Mais au lieu de suturer les bords de la cavité d'énucléation à la paroi abdominale, il sera possible assez souvent de former avec la capsule un pédicule qui pourra être fixé dans la plaie. M. Péan se servit de ce procédé après l'énucléation d'une tumeur siégeant sur le fond de l'utérus. Il ne pourra être employé que dans les cas où la tumeur siège sur le segment supérieur de l'utérus, point assez rapproché de la paroi abdominale pour ne pas nécessiter un pédicule trop long.

Braun (1) adopte un procédé un peu particulier. Il étreint provisoirement la base de la tumeur avec la ligature élastique et une anse métallique, puis sectionne rapidement le myôme ; il énuclée ensuite avec les doigts ce qui reste, forme un pédicule avec la capsule du fibrome et le traite par la méthode extrapéritonéale dont il est partisan.

Enfin, lorsque le chirurgien ne voudra se confier à aucun des moyens précédents, il restera la ressource de l'hystérectomie partielle, opération qui bien souvent n'offrira pas plus de dangers que l'énucléation. Burckhardt (2) rapporte que Martin fut conduit un jour à pratiquer l'énucléation par la voie abdominale pour une tumeur sous-muqueuse. Il fit une véritable hystérotomie de la paroi antérieure de l'utérus, après application d'une ligature élastique provisoire, mais ne parvint sur le corps fibreux qu'après avoir traversé la muqueuse de la paroi postérieure. L'énucléation fut facile. La muqueuse fut ensuite suturée, puis le tissu utérin de la paroi antérieure. L'opérée guérit. De là à établir une méthode (méthode césarienne) pour l'extirpation des myômes sail-

(1) Braun. Wien. med. Woch., 1885, n° 23.

(2) Burckhardt. Deutsche medizin. Woch. 1880, p. 357.

lants dans le vagin, il y a loin, et cependant Burckhardt décrit avec le plus grand soin le manuel opératoire suivi par Martin sous le nom de « Nouvelle Méthode pour l'extirpation des tumeurs sous muqueuses. » Moricke (1), qui voulut imiter cet exemple, perdit sa malade de collapsus. Schrœder employa plusieurs fois avec succès ce procédé, auquel il trouve l'avantage de ne pas laisser persister une cavité énorme où peuvent se produire des décompositions organiques et une suppuration intense.

L'énucléation par la voie vaginale nous semble, dans ces conditions, de beaucoup préférable à la laparo-hystérotomie. Lorsque le myôme est enclavé dans le bassin ou lorsqu'il est peu accessible par le vagin à cause de ses adhérences ou de son siège entre les ligaments larges, c'est par la voie abdominale que l'on doit chercher à l'énucléer ; mais on ne saurait recommander une méthode dont le but serait de substituer à l'énucléation vaginale d'une tumeur sous-muqueuse, l'hystérotomie abdominale avec ses dangers.

Examinons maintenant la valeur de l'énucléation. Disons de suite que l'énucléation, favorable pour l'intégrité de la matrice et son fonctionnement ultérieur, expose à des récidives signalées surtout par Lawson-Tait. Cette opération doit donc être préférée seulement dans les cas où les corps fibreux sont isolés ou dans le cours d'une grossesse qu'on ne veut pas interrompre. Nous avons rarement rencontré des observations d'énucléation typique, ce qui tient probablement à la difficulté de traitement de la cavité qui résulte de l'ablation de la tumeur. On fait rarement la laparotomie pour des tumeurs très petites, dont la coque peut s'oblitérer par rétraction de la paroi utérine, mais on opère plutôt dans les cas de gros myômes qui laissent après l'énucléation une solution de continuité difficile à combler.

(1) Moricke. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1882, p. 419.

Dans ces cas, on emploie plus volontiers l'amputation de l'utérus, opération mieux définie et plus sûre, et on laisse l'énucléation pour des cas spéciaux. Telles sont, croyons-nous, les causes qui produisent cette pénurie de faits d'énucléation, dont nous ne trouvons aucun exemple cité dans le travail de Schwartz, ni dans la thèse d'Amiot. C'est à la statistique de Schrœder, publiée récemment dans un mémoire fort intéressant sur la myomotomie par Hofmeier (1), que nous avons eu recours, et il nous a été possible de réunir alors 23 observations d'énucléation que nous allons analyser. Ce qui nous surprend au premier abord, c'est la proportion énorme de mortalité. Nous constatons, en effet, 15 morts sur 23 cas, soit 65 0/0 de mortalité. Nous ne prétendons pas imposer cette moyenne comme indiquant exactement la valeur de l'opération et permettant de la juger, car nos faits sont trop peu nombreux : ils se ressentent peut-être aussi des procédés défectueux qui ont été employés. De toutes les opérées qui ont succombé, il n'en est que deux qui aient eu des hémorrhagies consécutives, toutes sont mortes dans les premières heures ou dans les premiers jours de choc ou de péritonite. Dans un seul cas (Braithwaite, obs. 23), on a fixé les bords de la capsule à ceux de la plaie ; dans tous les autres, les parois de la cavité ont été suturées sans avivement ou excisées, puis affrontées à l'aide de sutures en étages. Lomer fut conduit, dans le cours de son opération (obs. 19), à énucléer une série de petits myômes sous-muqueux ; il ouvrit la cavité utérine, plaça des sutures et sa malade guérit. Schrœder ouvrit deux fois la cavité utérine (obs. 5-16) ; dans un cas ce fut après l'énucléation de 3 petits myômes sous-muqueux ; il dut placer 22 sutures pour fermer la plaie et la malade guérit. La vessie fut intéressée trois fois

(1) Hofmeier. Die Myomotomie. Stutgard, 1884.

dans le cours des dix-huit opérations de Schrœder (obs. 6-11-15), et chaque fois, suivant la pratique de ce chirurgien, des fils furent immédiatement placés sur la solution de continuité de l'organe. La mort survint dans les trois cas, à la suite d'accidents rénaux ou péritonitiques. Deux fois l'énucléation tentée fut reconnue impossible et l'amputation supra-vaginale décidée, une des opérées succomba.

En résumé, dans l'énucléation des myômes utérins par la voie abdominale, on a à affronter quelquefois de très grandes difficultés, tenant presque toutes à la position et aux connexions des tumeurs. Si les statistiques étaient plus nombreuses, si l'on pouvait classer dans des catégories différentes : d'un côté, les fibrômes interstitiels situés sur les faces antérieure, postérieure ou sur le fond de l'organe, et facilement accessibles; d'un autre côté, les fibrômes inclus dans les ligaments larges ou en rapport avec la vessie et le tissu cellulaire pelvien, les résultats seraient différents. Pour les tumeurs de la première catégorie, la guérison serait la terminaison la plus habituelle; pour celles de la seconde, au contraire, les accidents mortels seraient très fréquents. Faute de pouvoir faire cette importante distinction, il nous est néanmoins possible de constater que, dans notre tableau d'observations, la mort est survenue presque toujours lorsque l'opération avait été laborieuse et les délabrements pelviens considérables. De plus, nous ne pouvons nous dissimuler que le procédé de Schrœder, presque toujours appliqué dans nos observations, n'est pas indiqué dans tous les cas et qu'il peut causer des désastres. Toutes ces raisons doivent nous engager à rester dans une certaine réserve au sujet de l'énucléation par la voie abdominale.

Duncan (1) a fait le parallèle de l'hystérectomie et

(1) Association med. britannique. Brit. med. Journ. et Arch. de Tocologie. Juillet 1885.

de l'énucléation. Comme chiffre de la mortalité, il a obtenu : pour l'hystérectomie 70 0/0, pour l'énucléation 50 0/0.

Lawson Tait rejette l'énucléation depuis qu'il fait usage de son nouveau clamp ; dans sa statistique, la mortalité est tombée à 20 0/0. Il est donc complètement opposé à More Madden (1), le champion déclaré de l'énucléation en Angleterre.

(1) More Madden. Dublin. Journ. of. med. science. Mai 1885.

Nos d'ordre	OPÉRATEUR. LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
1	Schrœder in Hoffmeier, Stuttgard 1884.	23 Juillet 1881	45 ans.	Nullipare.	Hémorrhagies et leucorrhée.	Après avoir attiré la tumeur, on place la ligature élastique.	Mort.	Après 8 heures, hémorrhagie.
2	id.	21 novem. 1881	46 ans.	Nullipare.	Tumeur énorme.	Myôme pesant 25 livres. On fend la capsule et on énuclée la tumeur. Résection des lambeaux de la capsule. Sutures profondes et superficielles.	Mort.	Choc et hémorrhagie.
3	id.	23 avril 1882	53 ans.	1 avortement.	Tumeur volumineuse.	On fait basculer la tumeur. Ligature élastique autour de la base et on fait une incision cruciale sur la capsule de la tumeur. Enucléation facile. On enlève une partie de la capsule et on fait des sutures en étages.	Guérison.	»
4	id.	17 mai 1882	28 ans.	Nullipare.	Accroissement continu.	Ligaments déplissés, ils sont liés. On suture la plaie utérine. Enucléation.	Mort.	Péritonite septique.
5	id.	17 juin 1882	41 ans.	5 enfants.	Douleurs et volume énorme de la tumeur.	On fend le péritoine Enucléation facile. Ligature élastique. Ouverture de la cavité utérine que l'on ferme aussitôt. Suture de la plaie.	Guérison.	»
6	id.	10 octobre 1882	46 ans.	Nullipare.	Tumeur très grosse.	Gros myôme interstitiel. Ligature élastique comprenant la base de la tumeur. Enucléation.	Mort.	Pyélonéphrite. Morte le 21e jour.

						autour du col. Enucléa... sous-muqueux. On ferme par 22 sutures la cavité utérine.		
8	id.	9 mai 1883	40 ans.	Nullipare.	Tumeur volumineuse.	Enucléation facile. Ligature élastique autour du col. Sutures en étages. La cavité utérine n'a pas été ouverte.	Guérison.	•
9	id.	2 juillet 1883	28 ans.	id.	Douleurs.	Gros myôme de la lèvre postérieure. Ligature ne peut être placée. Enucléation simple. Hémorrhagie. Drainage par le vagin.	Mort.	Le 5e jour.
10	id.	18 juillet 1883	47 ans.	Nullipare.	Hémorrhagies.	Ligature élastique. La tumeur est fendue et énucléée de l'utérus. Ouverture de l'utérus. Cautérisation à l'acide phénique. La cavité de la tumeur est suturée.	Guérison.	»
11	id.	23 juillet 1883	41 ans.	2 enfants.	Tumeur énorme.	Gros myome de la lèvre antérieure. Ouverture de la vessie. On place un lien élastique. Section de la tumeur au-dessus. Le reste de la tumeur est énucléé. Pédicule suturé. Vessie suturée.	Mort.	Péritonite.
12	id.	26 mai 1883	42 ans.	Nullipare.	Tumeur volumineuse.	Myôme du poids de 38 livres, développé en partie dans le mésentère de l'S iliaque. Enucléation de la tumeur. Ligature élastique. Hémorrhagie.	Mort.	Le 4e jour Pas de péritonite. Hydronéphrose.
13	id.	28 juillet 1883	40 ans.	Nullipare.	Gêne.	Tumeur multiple développée dans le tissu conjonctif. Opération difficile. Ligature des annexes. Décortication. Ligature élastique. Sut. en étages. Abcès ouvert par le rectum.	Guérison.	»

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR. LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
14	Schrœder.	13 septem. 1883	30 ans.	id.	Hémorrhagies.	Enucléation très difficile. Ligature des annexes de l'utérus. Décortication. Ligature élastique. Amputation à la partie supérieure du col. Suture ordinaire. Beaucoup de ligatures artérielles.	Mort.	Le 2e jour.
15	id	28 avril 1884	41 ans.	id.	Volume considérable et gêne.	Enucléation très difficile. Incision circulaire du péritoine. La ligature comprend la vessie avec l'utérus. Décortication On place une autre ligature. Suture de la vessie.	Mort.	Après 6 semaines.
16	id.	2 juin 1884	32 ans.	id.	Tumeur volumineuse.	Ablation partielle de l'utérus avec la tumeur. On lie les annexes. Ligature élastique de la base de la tumeur. Ouverture de la cavité utérine. Enucléation d'autres tumeurs. Suture au catgut.	Mort.	Le 5e jour.
17	id.	13 juin 1884	47 ans.	2 enfants.	Symptômes de compression. Plusieurs tumeurs.	Fortes hémorrhagies pendant l'opération. Péritoine enflammé. Le col de l'utérus a la taille du poing. Ligature des annexes. Décortication. Un des myômes ne peut être atteint.	Mort.	Au bout de 36 heures.
18	id.	12 juillet 1884	48 ans.	Nullipare.	Gêne.	Fortes hémorrhagies. Ligature des annexes. Enucléation impossible. Ligature élastique autour du col et amputation de	Guérison.	»

	Gyn.				La sonde pénètre à 14 c. Ergotine, raclage infructueux.	ci proéminent 3 petits myômes sous-muqueux également faciles à énucléer. Fermeture de la cavité utérine par 4 ligatures de soie perdues. Suture de la capsule.		
20	Spencer Wells p. 298.	Mai 1882	50 ans.	»	Fibrome très volumineux.	Enucléation. Extirpation de l'ovaire et de la trompe droite. Les bords du ligament large, qui forme la capsule, sont suturés.	Mort le 4e j.	Symptômes d'occlusion intestinale. Pas d'autopsie.
21	Hofmeier. Berlin. klinische Woch. 2 mars 1883.	1883	»	»	Myôme pesant 17 livres.	Laparotomie et énucléation. Les bords de la vaste cavité ainsi produite sont suturés au catgut.	Guérison.	Il existait dans la partie postérieure du col un autre myôme de la grosseur d'une orange, dont la suppuration a amené la mort au bout de six semaines.
22	Ruge. Zeit. f. Geburt. und Gyn. Tome IX. in Hayem, Tome XXII.	1881	64 ans.	Début : 10 ans. Tumeur restée stationnaire. 4 mois après une fièvre typhoïde, le néoplasme se développe rapidement.	Myômes multiples. Fluctuation manifeste. Une ponction a donné 5 litres de pus.	Laparotomie. Epanchement de 3 litres de liquide purulent à l'ouverture du péritoine. Développement énorme des vaisseaux des ligaments larges. Fibromes multiples de la paroi droite. Enucléation. Suture de la base d'implantation.	Mort.	Pas de symptômes de péritonite. Pas d'autopsie.
23	J. Braithwaite. The Lancet, 7 février 1885.	1885	»	Etat général mauvais. Faiblesse.	Myôme sessile de la paroi antérieure.	Enucléation. Capsule fixée à l'angle inférieur de la plaie. Drainage.	Mort.	Thrombose cardiaque 12 heures après l'opération.

III. — Ablation des myomes interstitiels. — Amputation partielle de l'utérus.

Nous désignons, avec Gusserow, sous le nom d'amputation partielle de l'utérus toutes les opérations qui ont pour but d'enlever en même temps qu'une tumeur une certaine portion du tissu utérin. L'amputation supra-vaginale qui, pour certains auteurs, comprend les différents modes d'extirpation de la matrice au niveau de son corps, ne représentera pour nous que l'amputation dans la région du col. Nous pourrons ainsi, à l'exemple de Schrœder, de Gusserow et de Schwartz, séparer et comparer plus utilement les résultats que donnent ces opérations.

Pour les myômes interstitiels, nous n'avons pas d'indications opératoires spéciales à établir. Lorsque l'énucléation ne pourra être employée ou lorsque la présence de tumeurs multiples la rendra impossible, il faudra songer à l'amputation de l'utérus. L'hystérectomie partielle s'impose quand les indications générales établies au début de ce travail sont remplies ; c'est dire qu'on aura très fréquemment l'occasion d'y recourir. Cette opération est beaucoup plus fréquemment employée de nos jours qu'autrefois, en raison du volume plus petit des tumeurs que l'on observe chez les malades, en raison aussi des perfectionnements opératoires qui permettent d'être plus audacieux et d'intervenir plus tôt. Les tumeurs interstitielles se rencontrant dans la proportion de 34,5 0/0, et les tumeurs sous-séreuses dans la proportion de 41 0/0, d'après Carl Schrœder (1), on conçoit que l'occasion de pratiquer l'hystérectomie partielle se rencontre plus souvent que l'indication d'opérer par la voie vaginale pour les myômes sous-muqueux observés seulement 8 fois sur 100 cas.

(1) Carl Schrœder. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XI, Heft I, p. 140.

Le lieu d'élection des fibromes est le corps et surtout le fond de l'utérus; c'est ce qui ressort de l'examen de nos observations. Cette circonstance joue un grand rôle pour le pronostic de l'opération en elle-même et pour l'intégrité de la cavité utérine; on sait, en effet, que le danger augmente dans l'hystérectomie à mesure que l'amputation se rapproche du col pour atteindre son maximum lorsqu'il s'agit de l'extirpation totale. La disposition de la tumeur interstitielle est importante à considérer à un autre titre : nous voulons parler des rapports qu'elle affecte avec la muqueuse intra-utérine. Il est des cas, en effet, où en enlevant le myôme, on ouvre la cavité de la matrice; cette complication est regardée par la plupart des chirurgiens comme fâcheuse, quel que soit le traitement employé consécutivement. Dans d'autres conditions, au contraire, la tumeur est entièrement comprise dans le tissu utérin et son ablation n'intéresse pas la muqueuse; ce sont là les circonstances les plus favorables. Nous regrettons de n'avoir pas trouvé dans la plupart de nos observations des détails suffisants sur cette particularité qui, pour Schrœder et Gusserow, comme pour M. Pozzi (1), présente une importance extrême. Voyons maintenant quels sont les moyens de traitement dont nous disposons contre les myômes interstitiels, et examinons d'abord le cas où ils peuvent être enlevés sans ouverture de la cavité utérine.

Deux grandes méthodes sont en présence; nous aurons, à partir de ce moment, l'occasion de les rencontrer presque à chaque page, parce qu'elles se partagent tout le traitement dans l'hystérectomie. Ce sont les méthodes *intrapéritonéale* et *extrapéritonéale*. Nous ne faisons que les signaler ici, sans exposer tout au long les principaux procédés qu'elles renferment, nous réservant

(1) Pozzi. Congrès français de chirurgie, 1885.

de les discuter longuement dans un chapitre spécial, et d'énumérer les perfectionnements qu'on leur a fait subir dans ces derniers temps.

Il est bien des cas où le chirurgien reste indécis entre ces modes de traitement parce que les indications nettes manquent souvent ou parce que les résultats des statistiques comparatives sont des plus variables. Toutefois, certains procédés jouissent d'un crédit à peu près général et sont appliqués par la majorité des chirurgiens.

Avant l'ablation d'un myôme implanté sur les parois utérines, il faut assurer l'hémostase soit dans la tumeur, soit dans l'organe lui-même par l'application d'une ligature permanente ou temporaire. La ligature permanente nous occupera au chapitre du pédicule; quant à la ligature provisoire, elle joue surtout un grand rôle pour l'exécution des sutures utérines. Elle peut être faite à l'aide de fils métalliques maintenus par des serre-nœuds ou avec des cordons élastiques fixés au moyen de ligateurs spéciaux ou de pinces.

On a cherché à diminuer la quantité de sang contenue dans la tumeur en refoulant ce liquide vers les parties voisines. M. Labbé (1), voulant éviter la perte de sang toujours considérable dans l'hystérectomie et se basant sur le principe qui avait conduit Esmarch à appliquer un bandage compressif sur les membres à amputer, proposa dans une note présentée, en 1880, à l'Académie de médecine, de faire l'*exsanguification* de la tumeur avant d'appliquer la ligature temporaire. Il suffisait d'entourer le myôme d'une bande élastique jusqu'à son pédicule sur lequel on fixait le tube d'Esmarch; l'opération pouvait alors avoir lieu sans hémorrhagie. En 1881, au Congrès international de Londres, M. de Zwaan, de la Haye, vantait le même procédé, afin de

(1) Labbé. Annales de gynéc. 1880, p. 108.

combattre l'anémie qui est la compagne presque obligée des myômes utérins. Les chirurgiens hésitèrent à employer ces moyens, excellents en théorie pour empêcher la débilitation de l'organisme et faciliter les manœuvres opératoires, en raison des accidents que peuvent provoquer les thrombus détachés de la tumeur et refoulés par la bande élastique jusque dans le torrent circulatoire.

Certains opérateurs, fidèles aux anciens errements, préfèrent former un pédicule utérin qu'ils fixent dans l'angle inférieur de la plaie abdominale et qu'ils peuvent surveiller à leur aise. Les autres pratiquent, dans tous les cas, le traitement intrapéritonéal qu'ils exécutent de différentes manières. Dans les conditions qui nous occupent, il faut être éclectique, l'exclusivisme est une faute.

Une plaie résultant de l'ablation d'une tumeur est-elle peu étendue, peu saignante et régulière? Le traitement préconisé par Schrœder est indiqué; on obtient par ce moyen la « restitutio ad integrum » de l'organe qui peut encore fonctionner plus tard et l'on a de suffisantes garanties contre les accidents consécutifs. Si la plaie est déchiquetée, assez étendue et saignante, on a le choix entre plusieurs méthodes. Le traitement extrapéritonéal (Péan, Hégar, Kaltenbach, Czerny, Billroth) paraît plus sûr, mais il a de grands inconvénients, quoique les dangers qu'il présente soient inférieurs à ceux du traitement intrapéritonéal. Celui-ci offre beaucoup d'avantages quand on l'applique avec une certaine prudence et suivant des procédés divers que nous ne pouvons énumérer ici sans nous exposer à des redites.

Enfin, supposons que la cavité utérine ait été ouverte pendant l'ablation de la tumeur. Il faut alors éviter avec soin la communication permanente du canal génital avec la plaie, car on a reconnu que le principal ennemi à combattre dans ces circonstances est la septicémie.

C'est là que le traitement de Schrœder paraît au premier abord présenter une supériorité incontestable, mais en réalité, comme nous le démontrerons plus loin, le traitement extrapéritonéal est plus apte à remplir les indications. M. Pozzi (1) le conseille dans tous les cas de *pédicules creux*, à cause de la péritonite septique qui peut résulter de la réduction.

Parmi nos observations d'hystérectomie, il nous a été possible de recueillir 36 faits d'amputation partielle de l'utérus avec 7 morts, ce qui donne la proportion de 19,4 0/0 de mortalité, chiffre un peu moindre que celui établi par Schwartz dons son mémoire. Nous n'avons pu classer à part les cas où la cavité utérine avait été ouverte, ni les observations de fibromes kystiques, à cause du laconisme exagéré de la plupart des auteurs, mais nous pouvons toutefois réparer cette lacune en donnant, d'après Hofmeier (2), les résultats de Schrœder dans ce sens. Ce chirurgien pratiqua 21 fois l'hystérectomie partielle sans ouverture de la cavité utérine ; il eut seulement deux morts. Dans 58 faits où cette complication existait, on compte 18 fois l'issue fatale. La proportion est donc de 31 0/0 de mortalité dans le second cas, de 9,5 0/0 dans le premier cas.

(1) Pozzi. Congrès français de chirurgie, 1885.
(2) Hofmeier. Die Myomotomie. Stuttgard, 1884, p. 103.

TABLEAU

DES AMPUTATIONS PARTIELLES DE L'UTÉRUS

Nos d'ordre	OPÉRATEUR LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	PÉDICULE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
1	A. Martin. Zeitschr. für Geb. und Gyn., nº 6, févr. 1881.	1881	36 ans.	Ergotine sans suc-	Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant.	Incision du fond de l'utérus, ligature élastique. Suture du moignon en points de matelassier.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»
2	Léopold Landau. Berlin. klin. Woch., 30 mars 1885.	31 mars 1881	33 ans.	Douleurs violentes. Grossesse.	Tumeur saillante surtout du côté droit, de la grosseur d'une tête d'enfant.	Ligature élastique au niveau de la paroi utérine. Suture de la séreuse sur le moignon. Suture de la séreuse.	Pédicule intrapér.	Guérison.	Accouchement normal, malgré la formation d'un petit abcès intra-abdominal.
3	Fischer. Deutsche Zeitsch. fur chirurg., 1882, t. XVII.	19 avril 1882	60 ans.	Mariée. Pas d'enfant. Début en 1870. Accroissement rapide.	Myo-fibrome pesant 3 livres.	Ligature élastique perdue. Excision de l'utérus. Suture de la séreuse.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»
4	Tauffer. Wiener med. Woch., 1885.	5 nov. 1883	34 ans.	Mariée. Hémorrhagies.	Fibro-myôme s'engageant entre les 2 feuillets des ligaments larges.	Hystérectomie du corps de l'utérus. On laisse l'ovaire gauche, mais on le lie.	Pédicule intrapér.	Mort.	Péritonite.
5	id.	18 sept. 1881	25 ans.	Non mariée.	Fibrome caverneux.	Hystérectomie du corps de l'utérus. Pédicule entouré du péritoine.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
6	id.	28 sept. 1882	36 ans.	Non mariée.	Fibrome pédiculé du fond.	Hystérectomie partielle.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
7	id.	12 fév...	26 ans	[illegible]	Fibrome pédi...	Hystérectomie par...	Pédicule	Guérison	»

9	id.	24 oct. 1885	35 ans.	Vierge.	Fibrome très mou, fluctuation.	Enucléation du fibrome. Amputation du corps de l'utérus.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
10	Spencer Wells. Diagnostic et traitement des tumeurs abdominales	27 juin 1881	52 ans.	Veuve. 4 enfants. Hémorrhagies. Grande faiblesse.	Fibrome.	Amputation sans ouverture de la cavité utérine. Excision de l'ovaire droit.	Pédicule intrapér.	Guérison.	Hernie ventrale consécutive
11	id. P. 286.	?	35 ans.	»	Fibrome pesant 7 kilog. Ascite.	Amputation de l'utérus sans ouverture de la cavité.	Pédicule intrapér.	Mort.	Choc et hémorrhagie.
12	id. P. 288.	2 février 1885	43 ans.	Pas mariée.	Fibro-myome de la corne droite.	Pas de pédicule. Les tissus sont traversés de deux épingles, et une ligature élastique est appliquée. Suture du moignon avec le péritoine pariétal.	Pédicule extrapér.	Mort.	Prolapsus de l'intestin.
13	Braun. Wien. med. Woch., n° 22 1884	16 juillet 1879 ?	35 ans.	Pas d'enfants. Pertes pendant plusieurs années.	Fibrome utérin du vol. d'une tête d'adulte.	On enlève l'utérus et les deux ovaires. Amput. partielle.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
14	id.	7 avril 1881	38 ans	Stérile. Métrorrhagies fréquentes.	Fibrome du volume d'une tête d'adulte.	Ablation de l'utérus et des ovaires. Amput. partielle.	Pédicule extrapér.	Mort.	»
15	id.	10 sept. 1881	36 ans.	2 enfants.	Fibrome adhérent à l'épiploon, à la vessie et à l'intestin.	Ablation de l'utérus et des ovaires. Amput. partielle.	Pédicule extrapér.	Mort.	»
16	id.	10 juin 1882	27 ans.	Pas d'enfants.	Fibrome bosselé du vol. d'une tête d'adulte. Ascite. Kyste ovarique à droite.	Hystérectomie du corps de l'utérus.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR LIEU de publication	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	PÉDICULE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
17	Lawson Tait. Annales de Gyn., 1885, t. II.	4 janvier 1885	47 ans.	Règles régulières. L'affection date de 4 ans. 5 ponctions.	Fibrome kystique.	Ponction. Evacuation de 37 litres 1/2 de liquide. Ablation de la tumeur : excision de la matrice, des ovaires et des trompes.	»	»	La malade est en traitement.
18	Kottmann. Correspond. Bl. für Schweizer. Aertze, janv. 1882.	7 mai 1880	18 ans.	6 enfants. Métrorrhagies.	Tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte.	Extraction facile. Serre-nœud de Cintrat. Suture de la séreuse autour du pédicule.	Pédicule extrapér.	Mort.	Péritonite.
19	id.	11 janv. 1881	45 ans.	»	Tumeur du vol. d'une tête d'adulte.	Section des ligaments utéro-vésicaux. Serre-nœud de Cintrat. Suture de la séreuse au moignon. Amput. du corps utérin.	Pédicule extrapér.	Guérison.	Le 9e jour, pelvi-péritonite, phlegmon des ligaments larges.
20	Winiwarter. Ann. Soc. méd. et chir. de Liège, 6 févr. 1884.	1885	»	»	Tumeur fibro-kystique.	Section de l'utérus. Le péritoine, détaché du pédicule, est réuni au péritoine pariétal. Serre-nœud de Cintrat. Hémorrhagie. Amp. partielle.	Pédicule extrapér.	Mort.	Hémorrhagie.
21	Wœlffler. Wiener mediz. Woch., n 25, 1885.	22 août 1884	48 ans	»	Fibrome plus gros qu'une tête d'enfant.	Nombreuses adhérences. Ligat. élastique. Drainage. Amput. partielle.	Procédé de Schœder.	Guérison.	»
22	id. Wiener [illegible]	1885 ?	38 ans.	Menstruation régu- [illegible]	Myôme.	Ligat. et section des [illegible]	Procédé [illegible]	Guérison.	Thrombose con- [illegible]

	and surg. J. 1885, p. 313.			pidement.		l'utérus.			
24	Spencer Wells. Diagn. et traitem. des tumeurs abdom.	Août 1879	»	»	Fibrome interstitiel du fond de l'utérus.	Amput. partielle, sans ouverture de la cavité utérine.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»
25	id.	Novem. 1884	»	»	»	Amput. partielle. Ligat. élastique. Deux serre-nœuds fixés dans la plaie.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
26	id.	12 févr. 1881	36 ans.	Hémorrhagies graves.	»	Pas de pédicule. Amput. sans ouverture de la cavité utérine.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»
27	Léopold. Arch. f. Gynæk., 1882, t. XX, p. 74.	22 févr. 1882	44 ans.	Hémorrhagies internes.	Myôme de la grosseur d'une tête d'enfant.	Ligat. élastique provisoire. Amput. partielle.	Pédicule intrapér.	Mort.	Le 2e jour d'épuisement.
28	id.	21 mai 1882	41 ans.	Id.	Myôme utérin gros comme une tête d'adulte.	Formation d'un manchette péritonéale pour recouvrir le pédicule.	Pédicule intrapér.	Guérison.	En 15 jours.
29	Howitz Copenhague. Cent. f. Gyn., 1883, p. 422.	28 sept. 1881	45 ans.	Hémorrhagies considérables.	Fibrome utérin.	Ligature élastique autour du pédicule.	Pédicule extrapér.	Guérison.	Les hémorrhagies persistent.
30	Fritsch (Breslau). Cent. f. Gyn. 1883, p. 171	»	»	Nullipare.	Myôme kystique.	Amput. partielle.	»	Guérison.	»

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	PÉDICULE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
31	id.	»	»	»	Tumeur du fond.	Amput. partielle.	»	Guérison.	»
32	id.	»	»	»	Myôme du fond.	Amput. partielle	»	Guérison.	»
33	Bourwieg. Inaug. Diss. Halle, 1883,	30 oct. 1881	53 ans.	Hémorrhagies. Douleurs. Anémie.	Myômes multiples du fond.	Amput. partielle.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»
34	id.	3 février 1882	50 ans.	Tumeur pédiculée.	Myôme kystique à pédicule intra-ligamentaire.	Enucléation. Section cunéiforme de l'utérus.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»
35	id.	29 janv. 1879	51 ans.	Tumeur très grosse. Développement rapide.	Myôme sous-séreux, kystique, très volumineux, pédiculé.	Section cunéiforme de l'utérus.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»
36	id.	16 avril 1881	33 ans.	Accroissement rapide.	Myôme sous-séreux pédiculé.	Section cunéiforme de l'utérus.	Pédicule intrapér.	Guérison	»

IV. — HYSTÉRECTOMIE SUPRA-VAGINALE.

De l'étude des opérations précédentes et de l'examen des statistiques découle ce fait, que plus on se rapproche du col utérin, plus les dangers de l'hystérectomie augmentent ; par conséquent, le chirurgien doit chercher, autant que possible, à éviter l'amputation dans la région cervicale. Mais il est des cas fort nombreux où il n'est pas possible de se soustraire à la nécessité d'opérer dans ces conditions ; c'est surtout lorsque les fibromes ont une évolution pelvienne, comme nous le verrons, ou lors que l'utérus fait pour ainsi dire partie de la tumeur. Non seulement les dangers sont grands, mais les difficultés sont considérables ; dans certains cas, le traitement extrapéritonéal est impossible, à cause du volume et de la brièveté du pédicule.

Cependant nous voyons quelques auteurs recommander l'amputation supra-vaginale de préférence à toute autre hystérectomie. M. Péan préfère cette opération à l'ablation partielle, et Amiot arrive à des conclusions semblables. Les nôtres sont, comme on le verra, tout à fait différentes, si nous en jugeons, du moins par nos résultats.

On rencontre souvent, au début de l'opération, un premier obstacle dans le volume de la tumeur. Si cette dernière renferme des kystes, la ponction suffit pour produire une diminution de ses diamètres ; si elle est solide, il est quelquefois nécessaire d'allonger jusqu'à l'appendice xiphoïde l'incision de la paroi abdominale ou de chercher, à l'exemple de Kimball ou de Billroth à énucléer les noyaux fibreux qui font saillie à sa surface sous forme de nodosités. Rarement on aura besoin de recourir au *morcellement* que M. Péan (1) a recommandé autrefois pour les tumeurs volumineuses. Ce

(1) Péan et Urdy. Hystérotomie, p. 201.

procédé qui consiste à isoler, pour ainsi dire, par l'application d'anses métalliques fixées par des serre-nœuds de Cintrat, tout un segment de la tumeur ainsi privé de circulation et à retrancher cette partie anémiée, est très long et fastidieux à appliquer; dans bien des cas, il donne au chirurgien une fausse sécurité et n'empêch- pas une hémorrhagie inquiétante de se produire subitement par glissement ou rupture des fils.

Une deuxième difficulté réside dans la nécessité où l'on se trouve de dégager l'utérus afin d'appliquer au niveau de son col un lien métallique ou élastique capable d'assurer l'hémostase. Il faut alors sectionner les ligaments larges sur les parties latérales de la tumeur en ayant soin de lier les plexus vasculaires utéro-ovariens qui cheminent dans leur intérieur. Les veines qui serpentent sur les parties latérales de l'utérus sont souvent très volumineuses et présentent une certaine analogie avec les faisceaux variqueux que M. Richet a signalés dans cette région, aussi est-il important de bien asssurer l'hémostase de ce côté. Pour arriver à ce but, Gusserow et la plupart des chirurgiens conseillent l'application de doubles ligatures de soie ou de caoutchouc à l'aide d'une aiguille courbe traversant la base des ligaments; ceux-ci sont ensuite sectionnés entre les deux liens. Certains auteurs insistent sur l'utilité de lier chacun des ligaments en plusieurs faisceaux afin d'exercer une constriction suffisante sur les parties vasculaires.

Olshausen prend les ligaments dans une ligature élastique en un seul faisceau, puis il lie séparément chaque vaisseau. Léopold déconseille ce procédé. Schrœder recommande de placer des fils séparés sur les ligaments ronds et sur le ligament infundibulo-pelvien avant d'aborder la tumeur, afin de pouvoir placer la ligature provisoire sur le col.

La section des ligaments doit être faite en dehors des

ovaires afin de pouvoir enlever ces derniers avec l'utérus on évite ainsi les épanchements de sang dans le péritoine. (Kœberlé, Sp. Wells, Hégar, Gusserow.) Cette question est encore, à l'heure actuelle, différemment résolue par les gynécologistes. Les uns jugent à propos d'enlever les ovaires (Bantock, Wells), ou de faire la ligature atrophiante sur le mésovarium (Fischer), les autres ne reconnaissent à leur abandon dans le bassin aucun inconvénient. Quoi qu'il en soit, les faits d'hématocèles pelviennes d'origine menstruelle, constatés par MM. Péan et Kœberlé, l'exemple d'une grossesse extra-utérine survenue chez une opérée de M. Kœberlé, doivent exciter une certaine méfiance et faire conclure à l'extirpation des ovaires, même lorsqu'ils sont sains. Toutefois, si par suite d'adhérences ou de difficultés opératoires, on ne peut facilement les enlever, il est préférable de ne pas prolonger l'opération et de les abandonner dans le ventre. Gusserow n'a jamais eu à se repentir d'avoir suivi cette conduite.

Les ligatures que nous venons de signaler doivent être solidement serrées; car, suivant la pratique la plus habituelle, elles doivent être abandonnées dans le bassin; c'est dans ce but que Kœberlé recommande de multiplier au besoin les fils de soie de Chine afin d'être assuré d'une hémostase complète.

Lorsque l'utérus est bien isolé de tous côtés, il est possible d'appliquer au niveau de son col à titre de ligature provisoire un lien métallique ou élastique, voire même les deux à la fois. Cette précaution ne doit jamais être négligée, même dans les cas de pédicule étroit, quoique M. J. Bœckel ait pu s'en passer dans un cas que nous aurons encore l'occasion de rappeler. Il ne reste plus dès lors, qu'à sectionner l'utérus au-dessus de la ligature.

Le pédicule qui en résulte est généralement très

court et plus ou moins large ; son traitement ne laisse pas d'embarrasser beaucoup le chirurgien. Le traitement extrapéritonéal peut être complètement impossible à cause de l'enfoncement du moignon dans la cavité pelvienne ; du reste, les tiraillements qu'occasionnerait la fixation du col dans la plaie seraient très douloureux, même insupportables ; c'est pour obvier à ces difficultés que l'on a modifié le traitement des pédicules. Les uns, restant fidèles à l'exposition du pédicule au dehors ont imaginé les procédés de *traitement intrapariétal* avec drainage et le *traitement mixte* ; d'autres, donnant la supériorité à l'abandon du moignon dans le bassin, ont cherché par divers moyens à pallier les inconvénients de la réduction.

Enfin on a conseillé le drainage qui doit suffire, d'après quelques auteurs, à évacuer de la cavité pelvienne tous les produits septiques.

Il nous reste à voir quels sont les résultats de l'hystérectomie sus-vaginale. Gusserow, comme nous l'avons vu, s'est efforcé de rassembler une grande partie des faits publiés depuis 1878 jusqu'au commencement de l'année 1885 ; il est arrivé à recueillir 359 faits. Si l'on ajoute à ce total 248 observations provenant de Schrœder, Olshausen, Braun, Tauffer, on obtient une statistique imposante de 539 laparotomies pour myômes utérins avec une mortalité de 30 0/0. Parmi les 359 faits de Gusserow, on compte 295 cas d'amputation supra-vaginale telle que nous l'entendons, avec 190 guérisons et 105 morts. La mortalité atteint donc 36,2 0/0. Bigelow (1) trouve parmi les 593 observations qu'il a rassemblées, 229 amputations sus-vaginales avec 94 morts, soit 41,04 0/0. Küster (in Bourvieg), sur 15 amputations sus-vaginales compte 6 morts, soit la proportion

(1) Bigelow. Americ. Journ. of obstetr. 1883 et 1884.

de 40 0/0. M. Péan a bien voulu mettre sous nos yeux la statistique du quatrième volume de ses cliniques. On y compte 18 hystérectomies dont 14 supra-vaginales avec 6 morts. Schwartz, en 1883, sur un total de 77 amputations supra-vaginales, signalait 33 morts, soit 42,8 0/0.

Nous avons pu recueillir 82 observations nouvelles qui nous ont donné 38 morts et 44 guérisons. Nous arrivons donc à une mortalité plus forte que Schwartz et surtout que Gusserow, puisque notre proportion atteint 46,3 0/0. Il est facile de remarquer que tous ces chiffres varient dans des limites assez rapprochées et oscillent entre 35 0/0 et 46 0/0 ; on peut en conclure que la gravité de l'amputation sus-vaginale dépasse celle des autres opérations déjà étudiées et que si la mortalité de l'hystérectomie en général est si forte, on le doit surtout aux dangers de cette opération.

HYSTÉRECTOMIES SUS-VAGINALES

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	PÉDICULE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
1	Kottmann. Correspond. Bl. fur Schweizer. Aerzte, juin 1882.	6 avril 1880	51 ans.	Pas d'enfants.	Myôme utérin pesant 8 livres.	Peu de place pour former le pédicule. Serre-nœud de Cintrat laissé en place. Suture de la séreuse autour des pédicules.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
2	id.	25 mars 1881	48 ans.	»	Tumeur descendant dans le petit bassin, peu mobile.	Adhérences vasculaires. Moignon énorme. Drainage. Amputation sus vaginale.	Pédicule extrapér.	Mort.	Occlusion intestinale.
3	Léopold. Berlin. klin. Woch, nº 41, 1882.	1882 ?	»	Hémorrhagies profuses et douleurs.	Myôme lobulé.	Ligature élastique autour du col. Ablation de l'utérus et des deux ovaires. Suture du moignon.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»
4	Braun. Wiener mediz. Woch., nº 22, 1884.	22 mars 1879	40 ans.	2 enfants.	Fibrome utérin et allongement de la partie vaginale.	Ablation de l'utérus et des deux ovaires. Amputation supravaginale.	Pédicule extrapér.	Mort.	Péritonite.
5	id.	24 mars 1881	32 ans.	Un enfant. Douleurs fréquentes.	Myômes utérins multiples.	Ablation de l'utérus et des deux ovaires. Amputation supravaginale.	Pédicule extrapér.	Mort.	Mal. de Bright Embolie pulmonaire.
6	id.	3 octob. 1882	42 ans.	4 enfants.	Fibrome caverneux du volume d'une tête d'adulte.	Adhérences étendues. Amputation sus-vaginale de l'utérus et des ovaires. Clamp.	Pédicule extrapér.	Mort.	Liquide sanguinolent dans le flanc gauche.
7	id.	21 janv.	48 ans.	Dyspnée considé-	Fibrome très	Une anse élastique et	Pédicule	Guérison.	»

9	Sp. Wells. Diagn. et trait. des tum. abd., p. 292.	21 juillet 1880	62 ans.	Un enfant. Augm. de volume du ventre. Dyspnée. Constipation.	Fibrome kystique. Poids de la partie solide, 1 kil. 8 litres de liquide.	Amputation sus-vaginale de l'utérus. Séreuse suturée sur le moignon.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»
10	Tauffer. Wiener. mediz Woch., 1885.	7 nov. 1883	38 ans.	Mariée.	Fibro-myôme interstitiel remplissant le bassin et pénétrant dans les ligaments larges.	Amputation sus-vaginale.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
11	id.	17 févr. 1884	39 ans.	Mariée.	Deux fibromes du fond et de la partie postérieure du col.	Amputation supravaginale. On laisse le fibrome cervical. Castration.	Pédicule extrapér.	Guérison.	La tumeur restante s'atrophie.
12	id.	19 avril 1884	29 ans.	Veuve. Anémie extrême.	Fibrome volumineux.	Hystérectomie supravaginale.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
13	id.	27 oct. 1883	33 ans.	Pas d'enfants. Hémorrhagies.	Fibrome lobulé.	Ligature élastique sur le col. Amputation supravaginale.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
14	Sp. Wells. Diagn. et trait. des tum. abd., p. 288.	2 févr. 1885	43 ans.	Vives souffrances depuis plusieurs années.	Fibrome de la face postérieure, seconde tumeur sur le fond.	Ligature élastique. Suture du moignon avec le péritoine pariétal.	Pédicule extrapér.	Mort.	Prolapsus de l'intestin.
15	Reverdin. Revue méd. de la Suisse romande, juin 1848, in Hayem, t. 26.	1884	42 ans.	Rétention d'urine.	Fibro-myôme de la corne et de l'angle supérieur droit.	Trois ligatures sur le col. Evidement de la surface de section. Suture des bords.	Pédicule intrapér.	Mort.	Péritonite.
16	Martin. Berlin. klin. Woch., 1885.	»	»	»	Myôme intraligamentaire.	Amputation supravaginale. Drainage.	Pédicule intrapér.	Mort.	Gangrène du pédicule.

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	PÉDICULE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
17	Tauffer. Wiener mediz. Woch., 1885.	10 sept. 1880	40 ans.	Mariée.	Myô-fibr ome.	Hystérectomie supra-vaginale. Hémorrhagie.	Pédicule intrapér.	Mort.	Septicémie foudroyante.
18	id.	11 oct. 1882	40 ans.	Mariée.	Fibro-myôme interstitiel infiltré dans les ligaments larges.	Opération difficile (3 h.). Ouverture secondaire du ventre pour accidents septiques. Drainage du cul-de-sac de Douglas par le vagin.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»
19	id.	2 déc. 1882	36 ans.	Non mariée.	Fibro-myôme, implanté sur le fond.	Hémorrhagie par les points de suture du pédicule. Amputation sus-vaginale. Drainage vaginal.	Pédicule intrapér.	Mort.	Septicémie foudroyante.
20	id.	28 déc. 1882	35 ans.	Hémorrhagies. Douleurs.	Myôme. Enclavé dans le bassin.	Hystérectomie supra-vaginale.	Pédicule intrapér.	Mort.	Volvulus.
21	id.	15 sept. 1883	40 ans.	Mariée.	Kyste ovarique et fibrome utérin.	Ovariotomie très difficile. Un fibrome gros comme les deux poings.	Pédicule intrapér.	Mort.	Péritonite.
22	J.-B. Hunter. Soc. obst. de New-York, in Hayem, 1884, t. II.	15 déc. 1883	34 ans.	»	Cysto-fibrome intra-utérin.	Ligature élastique. Le pédicule est pris dans un clamp.	Pédicule extrapér.	En traitem.	»
23	Harrisson. Soc. obst. de New-York, 1884, t. II.	1883 ?	»	Rétention d'urine. Développement rapide de la tumeur.	Tumeur comprimant le rectum. Myôme de la face postérieure.	Hystérectomie sus-vaginale.	Pédicule extrapér.	Mort.	La plaie rouverte le lendemain pour fixer le pédicule. Mort par septicémie et péritonite.
24	C. Langen-	1880 ?	44 ans.	»	Fibro-myôme	Ligature à la soie du	Pédicule	Guérison.	Occlusion intestinale.

	n° 37, 1881. In Hayem, t. 25.					ture du moignon.			
26	Kaltenbach. Zeitsch. für Geburts. und Gynæk., Band X, 1884.	27 févr. 1880	50 ans.	Evolution rapide.	Myôme interstitiel du corps.	Amputation supravaginale et ablation des deux ovaires.	Pédicule extrapér. d'après Hégar.	Guérison.	Fistule abdominale.
27	id.	2 mars 1882	32 ans.	»	Myôme interstitiel saillant au-dessus du fond.	Amputation supravaginale et ablation des deux ovaires.	Pédicule extrapér. d'après Hégar.	Guérison.	Abcès des parois abdominales. Tiraillements par une hernie inguinale.
28	id.	11 mars 1882	43 ans.	Pas d'enfants. Hémorrhagies.	Tumeur envoyant dans le bassin un lobe intraligamentaire.	L'opération est abandonnée en raison de la faiblesse du cœur et de la dimension des vaisseaux qui recouvrent la tumeur.	»	Mort le 4[e] j.	A l'autopsie, hypostase des deux poumons.
29	Bourwieg. Inaug. Diss., Halle, 1883, p. 452.	15 nov. 1878	49 ans.	Développement rapide de la tumeur. Hémorrhagies. Dyspnée.	Myôme kystique intraligamentaire.	Amputation supra-vaginale.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»
30	id.	3 nov. 1879	49 ans.	Douleurs et dyspnée. Ascite.	Myôme kystique intramural.	Amputation supra-vaginale.	Pédicule intrapér.	Mort.	Thrombose de l'artère pulmonaire.
31	id.	4 nov. 1880	41 ans.	Accroissement rapide. Menstruation profuse.	Myôme kystique sous-séreux, intramural.	Amputation supra-vaginale.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»
32	id.	11 déc. 1880	32 ans.	Convulsions épileptiformes. Troubles de l'estomac.	Fibro-myôme intramural.	Adhérences. Amputation supra-vaginale.	Pédicule intrapér.	Mort.	Hémorrhagie de source inconnue.
33	id.	12 mai 1881	31 ans.	Hémorrhagies profuses. Tumeur volumineuse.	Myôme ramolli de la paroi antérieure.	Amputation supra-vaginale.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	PÉDICULE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
34	Bourwieg. Inaug. diss., Halle, 1883, p. 452.	22 juin 1881	44 ans.	Accroissement rapide. Douleurs.	Myôme sous-séreux à pédicule large.	Amputation supra-vaginale.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»
35	id.	17 juin 1881	41 ans.	Accroissement rapide. Hémorrhagies.	Myôme diffus du corps utérin.	Amputation supra-vaginale.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»
36	id.	20 juillet 1881	37 ans.	Incarcération dans le cul-de-sac de Douglas.	Myôme enclavé dans le petit bassin.	Amputation supra-vaginale.	Pédicule intrapér.	Mort.	Septicémie et collapsus.
37	id.	28 nov. 1881	42 ans	Accroissement rapide Hémorrhagies. Douleurs.	Myôme kystique diffus de l'utérus.	Adhérences avec l'intestin. Amputation supra-vaginale.	Pédicule intrapér.	Mort.	Hémorrhagie.
38	id.	27 juin 1882	44 ans.	Hémorrhagies profuses. Douleurs.	Myôme kystique intramural.	Amputation supra-vaginale.	Pédicule intrapér.	Mort.	Hémorrhagie intrapéritonéale.
39	M. Fort. de Rio de Janeiro. Gaz. des hôpitaux. 1883. nº 10, p. 74.	»	49 ans.	Hémorrhagies depuis 5 ans.	Myôme utérin.	Extraction de la tumeur. Ligature du pédicule au catgut. Suture abdominale. On passe un tube en verre dans le cul-de-sac de Douglas.	Pédicule mixte.	Guérison.	Complète au bout de 37 jours
40	Fritsch, de Breslau. Cent. f. Gyn. 1883, p. 471.	»	»	»	Myôme développé dans le ligament.	Amputation sus-vaginale.	»	Mort.	Le jour de l'opération.
41	Grunnvald. St-Pétersburger med. Wochens. 1883, nº 1.	»	32 ans.	Début depuis 2 ans.	Myôme utérin dégénéré.	Ligature en soie. Moignon cautérisé. Drainage par la plaie.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
42	Howitz. Copenhague.	28 avril 1881	38 ans.	Depuis 3 ans, tumeur abdominale.	Fibrome utérin	Amputation supra-vaginale de l'utérus par	Pédicule extrapér.	Guérison.	»

44	id.	28 oct. 1881	37 ans.	Depuis 4 ans, tumeur abdominale.	Myôme.	Amputation de l'utérus. Vessie séparée de la tumeur. Serre-nœud et ligature élastique.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
45	id.	27 févr. 1882	37 ans.	Menstruation peu abondante.	Fibro-myôme.	Ligature élastique provisoire. Manchette de péritoine et de tissu utérin, deuxième ligature élastique autour de la partie centrale résistante de la tumeur. Réunion de la manchette à la plaie abdominale	Pédicule extrapér.	Mort.	Le 3e jour de péritonite purulente.
46	id.	14 juillet 1882	13 ans.	Début il y a trois ans.	Fibro-myôme.	Deux serre-nœuds. Ligature élastique.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
47	id.	26 sept. 1882	49 ans.	Fibro-myôme depuis 14 ans.	Fibro-myôme.	Amput. supra-vaginale.	Pédicule extrapér.	Mort.	Le 3e jour de péritonite septique.
48	Léopold. Archiv. f. Gyn., 1882, T. XX, p. 74.	23 nov. 1880	41 ans.	Hémorrhagies.	Myôme utérin.	Hystérectomie supra-vaginale. Ligature élastique provisoire.	Pédicule extrapér.	Guérison.	En 23 jours.
49	id.	14 juillet 1881	40 ans.	»	Myôme à croissance rapide.	Amputation sus-vaginale.	Pédicule intrapér.	Guérison.	En 15 jours.
50	id.	11 juin 1881	38 ans.	Anémie.	Myôme retro-utérin et retro-vaginal.	Les ovaires adhèrent à l'intestin dans le petit bassin. Ligature élastique provisoire.	Pédicule intrapér.	Mort.	Le 7e jour de péritonite septique.
51	id.	21 mai 1882	41 ans.	Id.	Myôme utérin.	Ligature élastique provisoire d'une manchette du péritoine avec laquelle on recouvre le pédicule.	Pédicule intraper.	Guérison.	En 15 jours.
52	id.	6 juillet 1882	36 ans.	Id.	Gros myôme utérin.	Amputation sus-vaginale.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	PÉDICULE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
53	Monod. Bull. soc. chir., 29 avril 1885.	»	47 ans.	»	Tumeur développée dans la paroi de l'utérus.	Hystérectomie sus-vaginale. Deux pédicules latéraux et un utérin. Les deux premiers liés au fil de soie, sur le dernier ligature élastique.	Pédicule extrapér. (Hégar).	Guérison.	»
54	H. Morris. The Lancet, 9 janvier, 1886.	30 juin 1885	41 ans.	Non mariée.	Myôme kystique.	Hystérectomie. L'ut. et ses annexes sont enlevés. Le clamp de Tait est appliqué sur le col utérin.	Pédicule extrapér.	Guérison.	Au bout de cinq semaines.
55	id.	17 juin 1885	41 ans.	Réglée à 14 ans. Règles profuses. Début il y a 7 mois.	Myôme interstitiel.	Tumeur adhérente en arrière. Application du clamp. Amput. sus-vaginale.	Pédicule extrapér.	Mort.	40 heures après l'opération, de choc opératoire.
56	Woolhouse. The Lancet du 13 juin, 1885.	19 fév. 1885	43 ans.	Affection remonte à 8 ou 9 ans.	id.	Hystérectomie sus-vaginale. Utérus et ses annexes sont enlevés.	Pédicule intrapér.	Mort.	»
7	Freemann. The Lancet du 8 août, 1885.	28 oct. 1884	36 ans.	Menstruation excessive, irrégulière.	»	Ascite. Adhérences. Ablation de l'ut. et de ses annexes. Clamp de Tait. Drainage.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
58	Homans. Bost. med. and s. Jour., 1885, p. 316, T. I.	14 fév. 1885	50 ans.	Début de la tumeur il y a 6 ans.	»	Serre-nœud autour de l'utérus et du ligament large droit. Ligament large gauche lié en masse. Clamp sur le col de l'utérus.	»	Mort.	Le sixième jour de péritonite.
59	Chadwick. Bost. med. and. s. Jour. 1885, T. [illegible]	»	»	Ascite et douleurs intenses.	»	Ablation de la tumeur. Pédicule est formé par le col utérin.	Pédicule extrapér.	Mort.	30 heures après l'opération.

	20 juin 1885.								
61	Patterson. New-York med. Journ. 17 janvier 1885.	21 mai 1881	45 ans.	Anémie déterminée par les hémorrhagies.	Myôme utérin.	Ligaments larges et ovaires liés et séparés. Ligature élastique.	Pédicule extrapér.	Mort.	»
62	M. Sims New-York med. Journ., 7 nov. 1885.	»	»	»	Myôme volumineux.	Hystérectomie sus-vaginale.	»	Mort.	»
63	Montgomery New-York med. Journ. 7 nov. 1885.	15 sep. 1885	27 ans.	Hémorrhagies. Douleurs. Compression de la vessie.	»	Pédicule lié en trois faisceaux avec du fil de soie. Amput. sus-vaginale.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
64	William Duncan. The Lancet, 28 nov. 1885.	24 mars 1885	32 ans.	Métrorrhagie profuse.	Fibrome utérin énorme.	Amput. sus-vaginale de l'utérus avec la tumeur. Tentative d'ablation des ovaires.	»	Mort.	Par thrombose cardiaque.
65	William Fergusson. The Lancet, 14 nov. 1885.	10 juill. 1885	41 ans.	Affection remonte à 18 mois. Hémorrhagies.	Myôme sous-péritonéal.	Le col utérin est divisé en trois portions qui sont liées séparément Deux serre-nœuds	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
66	Homans. Bosth. med. ands. Journ 1885, 6 dec. 1884.	»	36 ans	Non mariée. Tumeur date de 8 mois. Accroissement rapide.	»	Tumeur adhérente. Clamp de Dawson appliqué sur le col. Pédicule sectionné au thermo-cautère.	Pédicule intrapér.	Guérison.	»
67	Marcy. and Suffolk med. society.	»	»	»	Myôme multiple.	Ablation de l'utérus et des ovaires. Amput. sus-vaginale.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
68	id.	»	»	Anémie provoquée par hémorrhagies.	Gros fibrome.	Hystérectomie sus-vaginale. Pédicule large.	»	Mort.	»

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	PÉDICULE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
69	Spencer Wells. Diagnostic et traitement des tumeurs abdominales.	Novemb 1884	»	»	»	Amputation partielle sans ouverture de la cavité utérine. Ligature élastique. Deux serre-nœuds fixés dans la plaie.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
70	Meinert. Wiener med. Woch., n° 48 1885.	8 février 1885	40 ans.	Nullipare. Métrorrhagies.	Myôme intra-mural de la paroi antérieure.	Ligat. des ligaments larges. Excision en cratère du canal cervical et cautérisation. Amputation supra-vaginale, le pédicule est attiré dans le vagin.	Pédicule mixte.	Mort.	Septicémie.
71	Hacker. Wiener med. Woch., n° 48, 1885.	Mars. 1885	29 ans.	Un avortement. Ménorrhagies durant 12 à 14 jours.	Myôme pesant 7500 gr.	Section des ligaments larges au thermo-cautère. Lig. élastique. Evidement du moignon Amput. supra-vaginale.	Pédicule mixte.	Guérison.	Nécrose du pédicule.
72	Gross (de Nancy). Obs. inédite.	24 juin 1885	49 ans.	Règles à 15 ans. 4 enfants. Depuis 4 ans, ménorrhagie.	Fibo-myôme du corps pesant 13 livres, et remontant à un travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde.	Serre-nœud de Kœberlé. Amincissement du pédicule qui est volumineux. Suture au catgut du péritoine. Amputation supra-vaginale.	Pédicule extrapér.	Guérison.	•
73	Gross (de Nancy). Obs. inédite.	21 déc. 1885	41 ans.	Célibataire. Réglée à 13 ans. Tumeur remarquée en 1880. Douleurs. Leucorrhée. Accroissement rapide depuis un an. Constipation. Ergotine sans succès.	Fibro-myôme plongeant dans le cul-de-sac de Douglas. Tumeur intraligamenteuse.	La tumeur est développée dans une grande largeur. Rapports intimes avec le cœcum. Enucléation relativement facile. Adhérences au cœcum. Anse de fil de fer sur le pédicule. Excision. Rupture de l'anse. Hémorrhagie.	Pédicule extrapér.	Mort.	Hémorrhagie.

74	[illegible] New-York. med. Journ., 14 février, 1885.	[illegible] 1885	[illegible]	[illegible] ves. Douleurs.	[illegible] gament large gauche.	[illegible] trompes et des ovaires. Ligature élastique. Pas de sang. Amputation sus-vaginale.	[illegible]	Mort.	[illegible] droite.
75	Terrier. Bull. Soc., chir., 5 nov. 1884.	1884	45 ans.	Un enfant. Douleurs abdominales depuis 12 ans. Varices. Œdème des membres inférieurs.	Tumeur fibro-kystique remplissant le vagin, fluctuante. Ponction donnant 2 litres et demi de liquide.	Adhérences à la paroi gauche et dans le bassin. Ponction d'une poche pour réduire le col. Serre-nœud de Cintrat. Section. Amputation sus vaginale.	Pédicule extrapér.	Guérison.	Fistule.
76	Quénu. Rapport Terrier. Bull. Soc. chirur. 4 novembre 1885.	26 mai 1884	49 ans.	Un enfant. Suppression des règles depuis 2 ans. A cette époque. début de la tumeur. Ascite.	Fibrome auquel adhère un kyste.	Adhérences. Lig. larges coupées entre les pinces de Pozzi, puis section de l'utérus.	Pédicule extrapér.	Guérison.	Fistule consécutive à un abcès.
77	Rose. Zeitsch. für Geb. und. Gynek, 1883, n° 53.	1883	»	»	La tumeur se trouvait située presque en totalité au-dessous du péritoine dans le petit bassin.	Le péritoine est détaché par fragments en avant et en arrière de l'utérus, afin de former deux lambeaux. Amputation sus-vaginale.	»	Guérison.	»
78	Weiss (de Nancy). Rev. med. de l'Est., mars 1884.	21 janv. 1884	32 ans.	Pas d'enfants. Début de l'affection il y a deux ans.	Fibrome kystique.	L'utérus est compris dans la tumeur qui est intraligamentaire. Tube d'Esmarch autour de l'utérus. Pédicule large de 15 centimètres. Fiche dans le pédicule Excision en entonnoir. Suture par le procédé de Schrœder.	Pédicule intrapér.	Mort.	On passe un drain dans l'abdomen. Péritonite septique.

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR LIEU de publication.	DATE.	AGE.	ANTÉCÉDENTS. DÉBUT de l'affection.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.	PÉDICULE	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
79	Winiwarter. Ann. Soc. med. et chir. de Liège, 6 février, 1884.	1885	»	»	Fibrome interstitiel volumineux	Ligature élastique temporaire. Réunion du bord de la section utérine par le procédé de Schrœder. Amputation du corps utérin.	Pédicule extrapér.	Guérison.	»
80	J. Bœckel. (Communic.)	16 mai 1883	41 ans.	2 enfants. Bien réglée jusqu'en 1882. Depuis cette époque, métrorrhagies abondantes.	Myôme remontant au-dessus de l'ombilic.	Ligature des annexes de l'utérus à la soie phéniquée. Ligature élastique sur la base de la tumeur. Le pédicule fragmenté en des faisceaux est réduit. Hémostase parfaite.	Pédicule intrapér-	Mort.	A l'autopsie, on trouve un demi-verre de liquide séro-sanguinolent dans le petit bassin.
81	id.	9 février 1884	39 ans.	Sans enfants. Début depuis 3 ans. Métrorrhagies.	Myôme occupant la plus grande partie de l'abdomen.	Ligature élastique provisoire. Suture du pédicule à trois étages. Réduction.	Pédicule intrapér.	Mort.	Le sixième jour à l'autopsie, on trouve le pédicule à l'état de bouillie sanieuse, gangrenée. Liquide purulent dans le bassin.
82	Terrillon. Académie de médecine, 18 mai 1886.	6 mars 1886	46 ans.	Bien réglée. 2 enfants. Depuis 7 ans, ménorrhagies. Ventre gros depuis 18 mois.	Tumeur droite, dépassant l'ombilic. Dans le flanc droit, autre tumeur. Utérus fixe. Hystér. 8 centim.	Amputation sus-vaginale. Ligature élastique. Procédé de Hégar.	Pédicule extrapér.	Guérison.	Chute de la ligature le dix-huitième jour.

V. — HYSTÉRECTOMIE TOTALE.

On rencontre rarement dans la pratique l'occasion de faire l'ablation d'un utérus entièrement compris dans une tumeur fibreuse, au point de ne pouvoir fournir un pédicule au niveau de son col. Les exemples en sont rares dans les auteurs et à part quelques considérations de Martin et de Bardenheuer sur la question, on trouve dans la littérature peu de détails sur ce sujet. Du reste, entre l'amputation de l'utérus au niveau du col et l'extirpation complète, il semble qu'il y ait assez peu de différence au point de vue des difficultés et des risques de l'opération. Toutefois il y a quelques points spéciaux qu'il importe de signaler. Bardenheuer (1) recommande l'extirpation totale, même quand il est possible de laisser un pédicule assez long, et voici quelles sont ses raisons :

1° Il remarque qu'il se produit souvent dans le pédicule, et surtout après la suture par le procédé de Schrœder, des abcès ou des accidents de septicémie. Léopold a signalé un fait de ce genre, où le pus s'était heureusement frayé une voie vers le rectum.

2° En liant un pédicule avec du fil de soie ou même avec la ligature élastique, il arrive que non seulement l'extrémité du moignon se nécrose, mais que tous les tissus qui le constituent se gangrènent. C'est, comme nous le verrons, par un mécanisme analogue que Martin explique le relâchement des liens. Cette gangrène qu'Olshausen (2) ne croit pas être due à la ligature élastique, parce qu'il ne l'a pas rencontrée dans ses expériences, n'en est pas moins réelle et Bardenheuer l'a observée une fois. Martin (3) en cite un autre cas : sa malade mourut le huitième jour après l'opération. On

(1) Bardenheuer. Centralb. für gyn. 1882, n° 22.
(2) Olshausen. Centralb. f. gyn. 1881, p. 291.
(3) Martin. Berlin. klin, Woch. 1885, n° 3.

doit donc chercher à écarter les dangers de la gangrène ; car, même lorsqu'elle est limitée à la partie ligaturée, il semble que des phénomènes de septicémie puissent apparaître et ne se calmer qu'au bout d'un certain temps.

3° Une troisième raison qu'allègue Bardenheuer consiste en ce que la présence d'un pédicule réduit empêche le drainage qu'il considère comme un adjuvant très utile, sinon indispensable. Quand nous parlerons du drainage à propos des myômes intraligamentaires, nous verrons que ses indications sont en réalité très limitées. Au lieu d'être un désavantage, nous croyons que l'asepsie est au contraire un des éléments du succès par la réduction du pédicule et qu'elle ne peut être obtenue qu'en supprimant tout drainage, dans les cas toutefois où la suppuration n'est pas à craindre. Quant aux hémorrhagies que Bardenheuer croit exister bien souvent dans le traitement intrapéritonéal, elles ne sont pas toujours dues au pédicule, comme nous le verrons, mais aussi aux vaisseaux du ligament large, aux artères utéro-ovariennes et utérines et aux veines qui les accompagnent. Il est certain que le drainage ne sera pas le remède contre ces pertes de sang, mais qu'il pourra tout au plus avertir de leur présence. Il n'y a donc pas là un motif plausible pour la suppression de tout pédicule.

Dans les cas où l'on emploie la méthode extrapéritonéale pour un pédicule très court, il y a encore, d'après Bardenheuer, un avantage considérable à préférer l'extirpation totale, parce qu'on évite ainsi les phénomènes de rétraction qui se produisent consécutivement et parce qu'on supprime aussi les douleurs et les crises hystériformes pouvant résulter de la fixation du moignon dans la paroi abdominale.

Ce sont là les raisons qui ont excité Bardenheuer à pratiquer sept fois l'ablation totale de l'utérus; six fois la guérison est venue justifier son audace; mais on peut

dire que si l'on juge de la valeur de cette opération d'après les résultats immédiats que donne celle de Freund qui lui est analogue, la vogue qu'elle semble avoir trouvé à son début ne sera pas de longue durée. Martin (1) préfère ne pas y avoir recours, et dans les cas où elle est nécessaire, il aime mieux faire la castration ; cependant elle a donné deux succès à Keith (2). Polk (3) eut l'occasion de faire une extirpation totale de l'utérus chez une femme de 49 ans, épuisée par des hémorrhagies abondantes datant de plusieurs années, qui portait une tumeur énorme comprenant toute la matrice. L'utérus fut enlevé en totalité. Après une péritonite assez grave, la malade finit par guérir.

Kœberlé (4), au Congrès de Copenhague, a donné la marche à suivre pour l'ablation totale de l'utérus. Quand toute la matrice est bien libérée de ses attaches, il propose de placer sur le vagin, comme il le fait sur le col, deux ligatures métalliques qui embrassent la paroi vaginale postérieure et sont maintenues dans la plaie abdominale. Toutefois il ne blâmerait pas l'opérateur qui, dans certaines circonstances, abandonnerait les ligatures dans le bassin. Mais nous trouvons qu'il y a exagération de la part du chirurgien de Strasbourg, quand il affirme que l'opération conduite d'après ces préceptes n'a guère plus de gravité que l'ovariotomie ordinaire.

Les règles apportées par Freund pour l'extirpation totale de la matrice dans les cas de tumeurs malignes de cet organe trouvent rarement leur application lorsqu'il s'agit de myômes volumineux. La ligature des ligaments larges en trois faisceaux qu'il propose, pourra seule être utilisée, en raison des obstacles que l'on ren-

(1) Soc. de gyn. de Berlin. Zeitsch. f. Geb. und Gyn. 1883. 28 février 1882.
(2) Keith. Edinb. med. Journ. 1885, p 969.
(3) Polk. Annales de gynécol., t. I, p. 1885.
(4) Congrès de Copenhague. Wien. med. Woch. 1884, n° 37.

contre dans la direction de la portion cervicale de la tumeur dans l'excavation. Après l'opération, il sera quelquefois possible de former un pédicule avec la partie supérieure du vagin et les parties molles décollées de l'utérus; mais bien plus souvent, dit Bardenheuer, il est préférable d'inverser vers le vagin les ligaments larges sur lesquels on a placé de solides ligatures en suturant la plaie dans une certaine étendue et en établissant un drainage. Dans les cas les plus simples, les délabrements causés dans le pelvis sont peu considérables et la réunion des parties sectionnées ne tarde pas à se produire; néanmoins Bardenheuer croit encore essentiel d'assurer un moyen d'écoulement au liquide par les voies naturelles. Quant au manuel opératoire en lui-même, il ne pourra être exécuté suivant la méthode du chirurgien allemand que si l'on s'est décidé à l'avance à pratiquer l'extirpation totale de l'utérus; dans ces conditions, une incision pratiquée avant l'opération au niveau du col utérin pour dégager les culs-de-sac vaginaux rendra l'ablation de la tumeur plus facile par la voie abdominale.

Nous ne voulons pas nous attarder plus longtemps sur l'hystérectomie totale qui, en ce qui concerne les myômes utérins, n'a pas encore fait ses preuves; nous nous abstiendrons de porter sur elle un jugement qu'aucune statistique ne viendrait appuyer. Si on la repousse comme méthode de choix, il faut reconnaître qu'elle doit être quelquefois employée comme méthode de nécessité dans les cas où le col utérin est absorbé par le néoplasme. C'est à ce titre qu'elle doit prendre place parmi les traitements chirurgicaux employés contre les myômes utérins.

II. — MYOMES A ÉVOLUTION PELVIENNE.

Dans les myômes utérins que nous avons passés en revue jusqu'ici, nous n'avons rencontré aucune difficulté opératoire tenant aux connexions de la tumeur avec les parties voisines de la matrice et aux adhérences avec les organes du bassin. Si nous étudions à part le traitement des fibromes intra-pelviens, ce n'est pas parce qu'ils ont une constitution différente ou un lieu d'origine particulier, mais bien parce que les complications qu'entraîne leur ablation sont nombreuses et souvent redoutables. Quant aux modes de traitement du pédicule de ces tumeurs, nous n'y insisterons pas dans ce chapitre; ils sont les mêmes que pour les myômes à évolution abdominale et nous discuterons leur valeur dans un paragraphe spécial.

Pour bien comprendre les dangers qui entourent l'ablation des myômes à évolution pelvienne, il faut énumérer les principales variétés de position de ces tumeurs au milieu des parties molles du bassin. On peut admettre, à un point de vue général, que les myômes à processus entièrement pelvien, sont développés aux dépens de la partie inférieure de l'utérus, y compris la portion supra-vaginale du col ou aux dépens des faces latérales de l'organe.

Les fibromes de la partie inférieure s'accroissent généralement au-dessous du péritoine pelvien qu'ils soulèvent; ils pourraient être appelés *extrapéritonéaux ;* ceux de cette variété qui se développent vers le cul-de-sac de Douglas, peuvent déplacer le rectum, dédoubler même son mésentère (comme M. Péan l'a observé), et le décoller jusqu'au-dessus du détroit supérieur. M. le professeur Gross, de Nancy, a eu affaire à un cas de ce genre ;

l'opération fut très laborieuse et nécessita l'application de nombreuses ligatures sur les vaisseaux.

Ceux qui se développent en avant vers la vessie causent de tels troubles que les malades sont obligés de consulter le chirurgien de bonne heure; aussi n'a-t-on que rarement l'occasion de les rencontrer sous un grand volume. Mais la variété de beaucoup la plus importante des myômes pelviens comprend les tumeurs qui se développent sur le parties latérales de la matrice, écartant les feuillets des ligaments larges et donnant lieu à une inclusion plus ou moins complète.

Les myômes peuvent être complètement renfermés dans les ligaments qui les enveloppent de toutes parts, ce sont les *myômes intraligamentaires*, ou bien ils peuvent avoir seulement déplissé ces feuillets séreux et être en contact avec le tissu cellulaire pelvien; ce sont les myômes incomplètement inclus ou myômes *sous-ligamentaires*. Voilà les deux variétés principales que nous devrons étudier. Mais signalons encore une série de tumeurs fibreuses qui servent de transition entre celles que nous venons de nommer et les myômes à évolution abdominale; elles se sont développées en même temps vers la cavité péritonéale aux dépens du fond de l'utérus et entre les ligaments aux dépens des faces latérales. Il y a là encore *inclusion incomplète*, mais une partie de la tumeur est intrapéritonéale. Enfin, les myômes qui sont nés sur le fond de l'utérus peuvent avoir refoulé vers le bassin les ligaments larges en écartant leurs ailerons; ce sont les *myômes sus-ligamentaires*.

Telles sont les différentes connexions que peuvent présenter les myômes à évolution pelvienne avec les parties molles du bassin. Nous les classons suivant la gravité qu'ils présentent dans l'hystérectomie :

1° Myômes sus-ligamentaires;

2° Myômes à inclusion incomplète;

3° Myômes intraligamentaires ou à inclusion complète ;

4° Myômes sous-ligamentaires.

Les myômes *sus-ligamentaires* sont intrapéritonéaux ; ils ont été étudiés dans le chapitre précédent. Nous n'avons à nous occuper maintenant que des fibromes qui sont *extrapéritonéaux* par toute leur surface ou par une partie seulement de leur périphérie.

Pour étudier le traitement de ces myômes, il faut bien connaître tous leurs rapports avec les couches anatomiques voisines et surtout avec les vaisseaux qui serpentent dans les ligaments larges ; mais cette étude nous entraînerait trop loin et nous aimons mieux renvoyer pour les détails aux travaux de MM. Richet et Devalz, ainsi qu'à notre thèse inaugurale sur les kystes de l'ovaire intraligamentaires.

Indications du traitement chirurgical. — Les indications du traitement chirurgical des myômes pelviens sont très discutées et, dans ces derniers temps, un nouvel élément est venu compliquer la question. Nous voulons parler de la *castration*. Kœberlé disait, au Congrès de Copenhague, en 1884, que les fibromes développés dans le segment inférieur de la matrice ou infiltrés dans les ligaments larges donnent toujours lieu à un pronostic grave. Pour cet éminent chirurgien, quand les connexions de ces tumeurs sont très étendues, quand il y a enclavement dans le bassin, l'opération doit être refusée, car elle n'a aucune chance de réussir ; elle est alors le plus souvent mortelle. Olshausen s'appliqua à restreindre les contre-indications formulées par Kœberlé, en disant que souvent, après la laparotomie, on est étonné de pouvoir enlever facilement des myômes en apparence enclavés et fixes. On doit donc tenter l'opération ; elle sera le plus souvent possible, quoique dangereuse. Hégar, Thornton appuyèrent les idées d'Olshausen en admettant toutefois

que dans les cas difficiles et dangereux, on devait avoir recours à la castration. A plusieurs reprises, la Société de gynécologie de Berlin s'était déjà occupée de ce sujet et les discussions entre Schrœder (1), Martin, Lomer, Ruge, Löhlein semblaient avoir tranché la question en faveur de l'opération. Comme les kystes ovariques inclus, les myômes du ligament large étaient autrefois considérés comme inopérables par Kaltenbach, mais les faits de Shcrœder et de Martin, les observations d'énucléation suivie de succès de différents auteurs allemands contribuèrent à accréditer l'opinion des gynécologistes de Berlin. Il est surprenant de voir combien la chirurgie utérine est devenue audacieuse depuis dix ans, au point que pour certains auteurs il n'est pas de tumeurs fibreuses qui ne soient justiciables de l'intervention radicale. Qu'y a-t-il d'étonnant alors que les statistiques actuelles soient encore grevées d'une si forte léthalité ?

Nous avons vu, en étudiant l'énucléation par la voie abdominale, combien les complications pelviennes des myômes utérins avaient augmenté la proportion de mortalité; nous venons de nous rendre compte, il y a un instant, du même fait à propos de l'amputation supra-vaginale. Nul doute que dans un avenir prochain, on ne parvienne à rendre moins dangereuse l'ablation des fibromes à évolution pelvienne ; pour arriver à ce but, il ne faut pas proscrire l'opération ; bien au contraire, il importe de la perfectionner sans toutefois se laisser égarer par une ardeur imprudente.

L'intervention est commandée par des phénomènes douloureux ou par des troubles de compression résultant de l'enclavement de la tumeur, souvent aussi, par des désordres rénaux succédant à des lésions des uretères ou de la vessie et par l'occlusion intestinale. Dans

(1) Société de gynéc. de Berlin. Zeitschr. f. geb. und gyn. 1884, Bd. X, H. I, 13 juillet 1883.

ces conditions le chirurgien doit opérer et une audacieuse entreprise peut lui être pardonnée en face d'accidents qui doivent être mortels à brève échéance. A l'enclavement dans l'excavation viennent encore se joindre souvent d'autres difficultés résultant de la bilatéralité des tumeurs ; il semble alors que le bassin soit complètement rempli par une masse néoplasique dans laquelle on distingue à peine deux organes : la vessie et le rectum. Faut-il intervenir dans ces cas ? Question fort embarrassante, que certains auteurs croient résoudre actuellement en disant : Faites la castration. Mais pour quiconque a vu de semblables tumeurs, ce conseil reste sans valeur, car le mésovarium s'est déplissé et l'ovaire étiré en tous sens ne forme plus qu'un gâteau dont la préhension est impossible. La castration n'est donc pas généralement praticable dans ces cas, et si le danger est pressant, si la mort est imminente, c'est encore à l'hystérectomie que l'on aura recours. En résumé, il existe :

1° Des conditions où l'extirpation des myômes pelviens est indiquée : c'est quand la tumeur est mobile dans l'excavation, quand son volume augmente rapidement et quand elle cause une certaine gêne.

2° Des conditions où l'hystérectomie est autorisée : c'est quand, la tumeur étant fixe, enclavée, sa présence cause des phénomènes de compression, de douleur, rendant la vie insupportable.

3° Des cas où la castration étant reconnue impossible, malgré l'énorme danger de l'intervention : il vaut mieux tenter une dernière chance, que de laisser périr la malade sans lui porter secours.

4° Il y a souvent impossibilité absolue d'enlever la tumeur, dans ce cas, l'intervention radicale sera contre-indiquée ; on fera la castration ou bien on se bornera à une laparotomie exploratrice.

Opération. — C'est Spiegelberg qui, d'après Gusserow (1), entreprit le premier l'extirpation d'une tumeur incarcérée dans le bassin.

Il fendit l'enveloppe de la tumeur, l'énucléa et ferma par des sutures la grande plaie utérine consécutive. La malade mourut. Mais c'est surtout depuis l'emploi des antiseptiques que l'hystérectomie pour les myômes intraligamentaires a été pratiquée avec succès. Le premier temps opératoire doit toujours consister dans l'isolement de la tumeur du tissu cellulaire pelvien, afin de ramener les cas d'inclusion au type ordinaire de l'hystérectomie. Mais cette manœuvre du début est loin d'être toujours facile; elle allonge beaucoup l'opération. Le principal obstacle à la décortication de la tumeur consiste dans l'existence d'adhérences très vasculaires qui font qu'entre la face interne des feuillets ligamentaires et la capsule de la tumeur il n'y a plus aucun interstice virtuel que le doigt puisse parcourir pour limiter le néoplasme. Sous l'influence des congestions fréquentes, des compressions exercées par la tumeur, des changements de rapports qu'elle occasionne, il a pu se produire des phénomènes de périmétrite, de pelvipéritonite qui augmentent d'autant les accidents par la production de brides inflammatoires. Joignons à cela qu'il est généralement impossible d'assurer l'hémostase par un moyen quelconque. Les vaisseaux que l'on oblitère dans l'hystérectomie typique, en liant ou pinçant les ligaments larges, sont ici dispersés autour de la tumeur et ne peuvent être saisis en masse, on ne peut les lier qu'en décortiquant patiemment. Il peut en résulter des hémorrhagies redoutables ; Péan vit survenir en quelques secondes une hémorrhagie de 300 à 400 grammes. Il est cependant habituel, dit Schrœder (2), que la tu-

(1) Gusserow. In Pitha et Billroth, p. 106. Lief. 57.
(2) Schrœder. Krankheiten der weibl. Sex. 1884, p. 260.

meur s'énucléée assez facilement, même quand elle est sous-ligamentaire.

Les cas de beaucoup les plus favorables à cette énucléation sont ceux où la tumeur est petite, entourée par les feuillets séreux des annexes de l'utérus entre lesquels elle semble pouvoir glisser, grâce à la laxité du tissu cellulaire qui l'entoure. Une incision faite alors sur la partie supérieure du myôme permet au doigt de limiter sa périphérie jusqu'aux vaisseaux utéro-ovariens qu'on lie en un faisceau et d'isoler son pédicule. Homans (1), Fergusson (2) ont observé des faits semblables. Ce sont là des cas où l'énucléation simple peut suffire et ne cause pas de grands délabrements; la tumeur est même souvent assez petite pour permettre le passage d'une ligature élastique provisoire au-dessous de son point d'implantation sans section des ligaments. L'opération ressemble beaucoup alors à l'hystérectomie ordinaire. Lorsque la tumeur est plus volumineuse et intraligamentaire, les difficultés augmentent en raison de l'hémorrhagie qui survient pendant la décortication; c'est pour ce motif que Schrœder (3) recommande de faire, au premier abord, la ligature des gros vaisseaux afférents du ligament rond et du ligament infundibulo-pelvien. Martin croit cette précaution inutile, elle prolonge inutilement le premier temps opératoire. En tous cas, on doit, lier, à mesure qu'on les sectionne, les vaisseaux qui parcourent le tissu cellulo-musculaire des ligaments larges, et il est préférable, en cas d'adhérences intimes, de ne pas chercher à décortiquer avec insistance; on doit, dans ces cas, dit Martin, éviter la longueur de l'opération et la possibilité de laisser dans l'ab-

(1) Homans. Boston med. and surg. J. 1885, p. 314.
(2) Fergusson. The Lancet, 14 nov. 1885.
(3) Société de gyn. de Berlin, 13 juillet 1883. Zeitsch. f. geb. und gyn. 1884, Bd. X, H. I.

domen des plaies saignantes qui peuvent donner lieu à des hémorrhagies consécutives. L'application de ligatures élastiques au-dessous de la tumeur, généralement possible quand cette dernière est intraligamentaire, peut, du reste, suffire à tous les besoins de la cause. Énucléation complète, ou énucléation partielle avec ligature au-dessous de la tumeur, telles sont les manœuvres préliminaires, en général assez simples, de l'opération.

Lorsque le myôme est en même temps intraligamentaire et intrapéritonéal, on peut quelquefois s'abstenir d'énucléer sa base, si elle ne descend pas jusqu'au plancher pelvien. L'application de ligatures sur le pédicule de la tumeur et sur le ligament large permet la terminaison rapide de l'hystérectomie. Si, au contraire, une semblable tumeur a un prolongement pelvien descendant jusqu'à la base des ligaments, l'énucléation devient nécessaire comme dans le cas suivant.

Quand le myôme est *sous-ligamentaire* et entouré par le tissu cellulaire pelvien, la gravité de l'opération est considérable; ce sont peut-être là les faits les plus meurtriers de la chirurgie utérine.

Outre les adhérences inflammatoires causées par ces tumeurs avant leur ablation, on constate le plus souvent un enclavement presque complet qui nécessite de grands efforts pour l'extraction, et des dégâts pelviens très sérieux. Il faut remarquer aussi que la dissection et l'isolement sont très délicats à opérer au fond de l'excavation là où se trouvent de nombreux vaisseaux et les uretères qu'il importe de ne pas intéresser.

La présence de ces organes doit faire éviter l'application trop précipitée d'une ligature sur la tumeur, car ils peuvent se trouver compris dans le lien élastique. Il est donc préférable d'isoler avec attention, en appliquant de longues pinces sur les vaisseaux, ce qui rend plus facile l'opération, et permet de respecter les parties voi-

sines. Olshausen (1) insiste avec raison sur ces détails, si utiles à connaître quand on opère dans la cavité pelvienne.

Ce sont les myômes développés aux dépens de la portion supra-vaginale du col ou ceux de la partie inférieure de l'utérus, qui ont cette évolution extrapéritonéale ; il semblerait qu'ils soient dès lors plus faciles à extirper par le vagin. Nous avons vu qu'il n'en était rien et que la myomectomie vaginale ne pouvait prétendre extirper, à moins de délabrements considérables, les tumeurs sous-ligamentaires.

Au lieu d'être unilatéraux, les fibromes sous-ligamentaires peuvent siéger des deux côtés, et alors l'extraction devient quelquefois impossible. On a cité des cas où tout le péritoine de l'excavation avait été enlevé, où la dissection du tissu cellulaire pelvien en entier avait laissé de vastes plaies bien disposées pour la suppuration et les hémorrhagies ; l'issue fatale n'a jamais tardé à arriver. Bourwieg (2) signale un cas de Küster, où la mort survint par septicémie et collapsus, après une semblable opération. Ces dangers existent seulement lorsque les tumeurs sont adhérentes aux parties voisines et lorsque l'énucléation est impossible. Schrœder, avec la grande dextérité qu'il apporte dans l'ablation des tumeurs utérines, a obtenu de nombreux cas de guérison pour des myômes doubles pelviens, dont l'isolement fut opéré avec facilité; une fois (obs. LVIII des tableaux de Hofmeier), l'énucléation fut laborieuse et la malade mourut.

Les myômes qui se portent vers le rectum en arrière ou vers la vessie en avant, en soulevant le péritoine, ne sont pas les moins dangereux à extirper, à cause de leurs

(1) Olshausen. Klin. Beitr. zur Gyn. 1884, p. 86.
(2) Bourwieg. Inaug. Diss. Halle, 1883.

connexions avec ces organes; aussi c'est toujours par la laparotomie qu'on devra les attaquer. Ceux qui se développent vers le cul-de-sac de Douglas, s'accompagnent en général de dédoublement des ligaments larges et peuvent rentrer dans les cas précédents. C'est encore par la décortication, par la dissection du tissu cellulaire pelvien, qu'on arrivera à isoler leur base d'implantation. Léopold (1) eut à enlever une de ces tumeurs rétro-utérines avec adhérences à l'intestin et aux ovaires. L'opérée succomba le septième jour de péritonite septique. M. Gross a extirpé récemment un myôme très volumineux qui avait déplissé les ligaments larges et proéminait dans l'espace recto-utérin ; l'opération fut difficile à cause de l'impossibilité de l'énucléation et des adhérences qui existaient avec le cæcum.

En 1883, le Dr Harrisson communiquait à la Société obstétricale de New-York, la relation d'une opération qu'il avait faite pour une tumeur de la face postérieure de l'utérus qui avait effacé le cul-de-sac de Douglas en le soulevant. Il y avait enclavement. L'opérée mourut de septicémie. Polk a vu un cas semblable dans une autopsie ; il constata que les adhérences étaient telles qu'une opération n'aurait eu aucune chance de succès.

Lorsque les fibromes partent de la face antérieure de l'utérus, leur présence cause des troubles vésicaux inquiétants, se compliquant rapidement de lésions rénales.

La décortication devra encore être faite progressivement et avec attention ; le décollement de la vessie n'est pas sans danger et nous avons cité plusieurs faits de perforation de cet organe pendant des opérations d'énucléation. C'est surtout dans le traité de Schrœder que l'on trouve le manuel opératoire à employer dans ces

(1) Léopold. Arch. f. gyn. 1882, Bd XX, p. 74.

circonstances. Le chirurgien de Berlin, dans les cas où la vessie est déplacée, remontée vers l'ombilic, cherche à décortiquer la tumeur avant de pouvoir rabattre et suturer le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin entraîné quelquefois très haut dans la cavité abdominale. Il fait de préférence sur l'enveloppe séreuse de la tumeur une incision d'avant en arrière, ou bien une incision circulaire si le néoplasme est volumineux. L'énucléation est souvent facile, toutefois on rencontre fréquemment un pédicule très vasculaire de plusieurs doigts de large, qu'il faut lier ; dans les faits relatés par Hofmeier, cette particularité est notée plusieurs fois. Howard Kelly (1) ayant à opérer un cas semblable, dans lequel la tumeur du volume d'un œuf de poule repoussait la vessie, énucléa le myôme de son enveloppe, appliqua sur son pédicule une chaîne d'écraseur et l'enleva.

Telles sont les opérations préliminaires que nécessite l'évolution pelvienne des myômes utérins; dès qu'elles sont terminées, l'hystérectomie peut être faite suivant les méthodes que nous avons énumérées ; les pédicules sont traités comme nous le verrons plus loin.

Remarquons seulement qu'il est assez fréquent de trouver des myômes intraligamentaires pédiculés qui, une fois séparés de leurs connexions séreuses, sont faciles à enlever par la myomectomie. Hofmeier rapporte quatre faits de ce genre. D'autres ont des insertions sessiles sur les faces latérales de l'utérus, et nécessitent alors le plus souvent l'hystérectomie supravaginale ou tout au moins une amputation partielle. Enfin, dans le cas d'inclusion ligamentaire bilatérale, on peut avoir affaire à des fibromes multiples ou à une dégénérescence fibreuse de la matrice hypertrophiée.

Mais une fois l'hystérectomie pratiquée, il reste à oblitérer la cavité d'énucléation et, sur ce point, les auteurs

(1) Howard-Kelly. Amer. Journ. of. obstetr. Janvier 1886, n° 14.

ont des opinions bien différentes. Les partisans à outrance du pédicule extrapéritonéal veulent que l'on réunisse en un ou plusieurs faisceaux les débris de la coque de la tumeur pour les fixer à côté du moignon utérin. Ce procédé a été autrefois employé par Kœberlé qui, maintenant, préfère lier par petites portions les ligaments larges à mesure qu'il les sectionne ou qu'il les décortique et faire ensuite des ligatures perdues. Thornton a gardé l'ancienne méthode dont il n'a eu qu'à se louer.

Bon nombre de chirurgiens adoptent aujourd'hui une ligne de conduite plus logique en s'inspirant seulement des indications qui ressortent de l'opération. La cavité d'énucléation d'un myôme intraligamentaire est-elle petite, il n'y a pas lieu de s'en inquiéter, car les fibres musculaires contenues dans les ligaments larges, si bien étudiées par Rouget, suffisent en se contractant pour oblitérer complètement la solution de continuité; du reste, les ligatures placées pendant la décortication s'opposent à toute hémorrhagie.

Quand la plaie est plus considérable et s'étend jusqu'au tissu cellulaire pelvien, il y a plusieurs manières de la traiter. Schrœder, fidèle à sa méthode, recommande la juxtaposition des parois de la cavité à l'aide de sutures. On trouvera dans le mémoire de Hofmeier et dans l'ouvrage de Schrœder des figures représentant la ligne des sutures ligamentaires et utérines que ce chirurgien applique après l'opération que nous étudions. L'hémostase étant assurée par la ligature préalable des vaisseaux principaux, du ligament rond et du ligament infundibulo-pelvien, il juxtapose les parties séreuses détachées de la surface de la tumeur et les maintient par des points de suture dispersés. Cependant il est des cas où l'hémorrhagie ne peut être complètement arrêtée, le sang suinte en

nappe à la surface interne des feuillets séreux et il y a danger de rétention. C'est dans ces cas que Schrœder accepte le drainage par le vagin qu'il a pratiqué plusieurs fois, aimant mieux fermer l'accès de la cavité péritonéale au pus qui tend à fuser vers les points déclives.

Spencer Wells (1), après avoir énucléé du ligament large un myôme de 68 livres, sutura l'un à l'autre les feuillets péritonéaux au-dessus de la plaie du bassin à l'aide de sutures en surjet. L'opérée guérit. Hégar et Kaltenbach rapportent que Eck isola sur le bord antérieur d'une tumeur qu'il énucléa du bassin un lambeau péritonéal dont il se servit pour recouvrir le moignon de la tumeur; il le réunit au péritoine de la cavité de Douglas après avoir extirpé l'utérus et lié les vaisseaux latéralement. La guérison fut complète après élimination des fils à ligature par des abcès pelviens.

Martin (2) n'a jamais cru nécessaire de faire les ligatures préliminaires de Schrœder sur les annexes de l'utérus; quand il n'est pas possible d'arrêter l'hémorrhagie par la ligature élastique appliquée sur la base de la tumeur, il lie isolément les vaisseaux qui saignent. Ce chirurgien a souvent employé pour suturer les parois du sac le point du cordonnier ou celui du matelassier, oblitérant ainsi tout l'espace laissé libre par l'ablation de la tumeur. Martin cite aussi comme exemples de difficultés opératoires trois cas dans lesquels ayant affaire à des myômes intraligamentaires, il ne put appliquer la ligature élastique sur le pédicule, à cause de sa brièveté. Dans toutes les circonstances, il croit le traitement intrapéritonéal avantageux; il l'emploie surtout parce qu'il présente deux qualités indiscutables : la rapidité et lafacilité.

(1) Spencer Wells. Brit. med. Journ. 1878, 10 octobre.

(2) Séance de la Soc. de gyn. de Berlin, 13 juillet 1883. Zeitsch. f. Geb. und Gyn. 1884, Bd. X, H. I.

Olshausen cherche à réunir en un même faisceau les débris de la cavité et les serre dans un lien élastique qu'il abandonne dans le bassin. Gusserow adopte la conduite de Schrœder et croit que dans le cas où un épanchement sanguin est à craindre, il est bon de drainer vers le vagin.

On peut aussi employer la méthode de Küster, qui consiste à suturer à la plaie abdominale les bords de la cavité d'énucléation quand elle est assez vaste, mais on s'expose à une guérison longue et peu certaine.

M. Terrier (1) a communiqué à la Société de chirurgie un fait de myôme pelvien qu'il avait décortiqué des ligaments larges ; il avait suturé ensuite la cavité formée par le péritoine et une mince couche de tissu utérin aux bords de la plaie abdominale et fait un drainage. La guérison était survenue, mais il restait une fistule.

Nous avons annoncé que Schrœder, Martin, Gusserow, reconnaissent au drainage vaginal de grands avantages pour le traitement des cavités qui résultent de l'ablation des tumeurs utérines; nous devons profiter de cette occasion pour préciser les indications du *drainage* dans l'hystérectomie.

Le *drainage* est une précieuse ressource dans bien des circonstances, mais il faut dire qu'il est bien souvent nuisible. Lorsqu'il existe dans l'abdomen une cavité suppurante ou quand il se produit un suintement sanguin assez abondant, tous les chirurgiens sont d'avis d'employer le drainage, mais on n'est plus d'accord lorsqu'il s'agit du drainage prophylactique, employé même dans les cas où l'asepsie paraît assurée.
Il faut distinguer trois méthodes principales :

1° Drainage abdominal.

2° Drainage par le vagin.

(1) Terrier. Bull. Soc. de chir. 1883, p. 868.

3° Drainage par l'abdomen et le vagin.

1° Le *drainage par la plaie abdominale* est de beaucoup le plus pratique, sinon le plus efficace. Il est assuré par un tube en caoutchouc qui plonge dans la cavité où s'épanche le liquide et est fixé par son autre extrémité à l'angle inferieur de la plaie abdominale. Tel est le moyen le plus simple, celui que beaucoup de chirurgiens emploient aujourd'hui.

Kœberlé, en 1867, faisait déjà usage d'une canule de verre qu'il laissait à demeure et remplissait d'un bourdonnet de ouate phéniquée destiné à absorber les liquides, tout en empêchant l'air d'entrer dans le ventre. Wells se servit de ce procédé avec avantage, mais c'est surtout Hégar(1) qui en vanta les qualités à plusieurs reprises. Nüsbaum ajouta à l'application des moyens précédents la position abdominale ou latéro-abdominale pour favoriser l'écoulement des sécrétions de la cavité suppurante. Dans un cas de kyste de l'ovaire intraligamentaire, M. Péan imagina de suturer à la plaie abdominale le feuillet postérieur du ligament large décollé, afin d'isoler le cavité séreuse de celle du bassin et draina cette dernière à l'aide d'un tube de caoutchouc.

Kehrer (2) croit que le drainage abdominal, tel qu'il est pratiqué, est défectueux. Il nécessite pour l'écoulement des liquides, ou bien la compression temporaire des parois, qui est dangereuse, ou bien l'aspiration des produits d'exsudation, qui entraîne des froissements répétés de la plaie et du péritoine.

Il propose le *drainage capillaire*, pratiqué au moyen d'écheveaux de coton tordus et désinfectés qui sont placés à l'intérieur d'un tube de verre enfoncé dans la cavité du bassin. Les liquides montent alors par capil-

(1) Hégar. Centralb. f. Gyn. 1882, n°7.
(2) Kehrer. Centralb. f. Gyn. 1882, n° 3,

larité jusqu'à l'intérieur où ils sont absorbés par une couche de gaze phéniquée sèche. Ce procédé est passible de nombreuses critiques, dans lesquelles nous ne voulons pas entrer; elles ont, d'ailleurs fait l'objet d'un travail spécial de Hégar et d'une discussion à la Société de gynécologie de Berlin.

Le *drainage par le vagin* paraît avoir été pratiqué pour la première fois par Peaslee dans un but prophylactique (Kaltenbach). Sims le proposa en 1872 comme méthode générale, mais il fut combattu par Wells, Keith et Kœberlé. Ce procédé semblait oublié lorsqu'en 1879, Bardenheuer (1) le reprit et l'appliqua à toutes les opérations faites sur le péritoine. Pour cet auteur, le drainage prophylactique par le vagin est indiqué :

1° Lorsque les plaies péritonéales sont très étendues;

2° En cas de péritonite préexistante;

3° Lorsque l'opération a duré longtemps.

Bardenheuer est conduit par l'application de ce procédé à repousser l'hystérectomie supra-vaginale qui ne permet pas un drainage assez complet, et propose l'extirpation totale, comme nous l'avons vu. Il repousse aussi la méthode de Sims qui consiste à passer le drain dans le cul-de-sac de Douglas. Pour isoler les intestins de la cavité suppurante, il établit au niveau du détroit supérieur un réseau de catgut qui sert de barrière. Kaltenbach combattit cette méthode au Congrès de Salzbourg et il ne semble pas qu'elle se soit jamais relevée des arguments dont on l'assaillit à ce moment. Lœbker (3), en 1882, prouvait par ses expériences que le drainage de Bardenheuer ne remplissait pas son but, car l'extrémité du tube ne tarde pas à se recouvrir de fausses membranes qui l'obturent.

(1) Bardenheuer. Arch. f. Gyn. Band. XVIII, H. 3.
(2) Centr. f. Gyn. 1881, n° 22.
(3) Lœbker. Arch. f. Gyn. 1882, n° 7.

Quant au *drainage abdomino-vaginal*, il n'a jamais excité que de la méfiance parmi les chirurgiens. Sims, Kaltenbach, Hégar l'ont employé avec succès, mais Martin et Schrœder ne le croient que très rarement indiqué. Olshausen (1), de son côté, n'a pas à se féliciter de son emploi.

En résumé, il faut admettre que la faculté de résorption du péritoine n'est pas aussi limitée que Bardenheuer l'a indiqué. Les expériences de Wegner (2) et de Ponfick ont démontré que cette séreuse avait une puissance de résorption énorme, propriété qu'elle perdait bientôt par l'action des agents septiques ou par une vive inflammation. Lorsque l'antisepsie a été rigoureuse pendant une opération, lorsque les plaies, si vastes qu'elles soient, peuvent être recouvertes de lambeaux séreux, il n'y pas lieu d'installer le drainage prophylactique. Ce dernier serait, au contraire, une source d'infection, en favorisant l'accès des germes extérieurs. N'est-il pas plus simple, quand on est dans le doute, d'attendre l'apparition des phénomènes de rétention, de laisser à la séreuse le soin de résorber les exsudats, sauf à intervenir si quelque symptôme réclame une prompte évacuation ? Schrœder (3) est tout disposé à abandonner complètement le drainage lorsqu'il aura affaire à de vastes surfaces saignantes dans le bassin ; il croit qu'il y a tout avantage à supprimer l'accès de l'air (Soc. de gynécologie de Berlin, 28 mars 1882). Nous adoptons du reste les conclusions de Martin (4), formulées à la fin de son important travail sur le drainage péritonéal.

Le drainage prophylactique n'est pas justifié pour tous

(1) Olshausen. Beiträge. klin. z. Gyn. und Geb. 1884, p. 50.
(2) Wegner. Archiv. f. klin. chir. Band XX, 1876, p. 51.
(3) Schrœder. Zeitschr, f. Geb. und Gyn. 1883, t. IX.
(4) Martin. Sammlung klin. Vorträge, n° 219. — Berlin. klin. Woch., 1885, n° 5.

les cas, parce que nous ne sommes pas en état de drainer tous les coins et replis du péritoine. Il est inutile si l'asepsie est possible, à rejeter même comme favorisant une infection secondaire.

Il est indiqué dans les cas où l'on est obligé de laisser des cavités suppurées en communication avec la cavité abdominale ou lorsque des ligatures et des sutures établissent une communication entre le péritoine et le vagin (extirpation totale de l'utérus).

Dans le premier cas, le drainage abdominal suffira habituellement ; dans le second, c'est au drainage vaginal qu'il faudra avoir recours. Ce dernier moyen devra toujours être employé quand le myôme énucléé avait son siège au milieu du tissu cellulaire pelvien ou quand il avait occasionné un déplacement de l'utérus vers un des côtés du bassin. Dorff (1) relate une observation de Hégar, dans laquelle on trouve que ce chirurgien, après avoir énucléé du bassin une tumeur volumineuse, fixa le col dans la plaie abdominale et draina par le vagin. L'opérée guérit. Dans le cas où la suppuration paraît inévitable, le drainage prophylactique est une excellente ressource ; c'est ainsi d'ailleurs que l'emploient Schrœder, Olshausen, Martin, Gusserow, etc. Pour montrer les avantages de cette méthode prudente, Martin relate 60 observations d'extirpation de myômes utérins, dans lesquelles on employa le drainage prophylactique 29 fois. La mortalité fut pour ces 29 faits de 24,2 0/0, tandis que dans les 31 cas où tout drainage fut négligé il y eut une léthalité de 35,5 0/0.

Mikulicz (2), de Cracovie, pensant que les dangers de l'extirpation des myômes ligamentaires résident souvent dans la persistance d'une cavité placée au milieu

(1) Dorff. Centr. f. gyn. 1880, nº 12.

(2) Mikulicz. 15e Congrès allemand de chir. In Semaine médicale 12 mai 1886.

des parties molles du pelvis, d'un espace libre que l'on ne peut éviter ni par la compression, ni par le drainage, emploie un moyen qu'il a exposé récemment au quinzième Congrès de la Société allemande de chirurgie. Comme c'est la septicémie qu'il faut éviter, il fait usage d'un antiseptique fixe, l'iodoforme, qu'il applique sous forme de gaze iodoformée dans la cavité où se trouvait la tumeur. Il prend un morceau de gaze iodoformée de la grandeur d'un mouchoir qu'il plisse comme une blague à tabac en plaçant sur son bord un fort fil de soie aseptique. Ce sac est placé dans la plaie du bassin appliqué contre ses parois et on le remplit de bandelettes de gaze aussi nombreuses que possible. Par ce moyen, l'hémorrhagie s'arrête, et les bandelettes constituent en outre un système de drainage capillaire excellent; la plaie est ainsi entièrement séparée de la cavité péritonéale. Il se forme autour de la masse de gaze iodoformée introduite une péritonite adhésive qui la limite et l'isole entièrement des parties voisines. Au bout de deux jours, on retire les bandelettes; au bout de trois ou quatre jours, le sac lui-même, à l'aide du fil qui lui est attaché et la cavité se referme. Mikulicz a obtenu, dans six cas, des succès complets; une fois seulement une fistule s'est établie.

Les méthodes de traitement de la plaie consécutive à l'extirpation d'un myôme intraligamentaire sont nombreuses; le chirurgien doit surtout s'inspirer dans le choix qu'il fait des difficultés de la réunion par première intention des feuillets séreux, de la surface de la solution de continuité et de l'hémorrhagie qui peut survenir. Il devra, autant que possible, combiner le traitement de la cavité d'énucléation avec celui du pédicule de la tumeur, c'est-à-dire que la méthode intrapéritonéale du pédicule exigera, par exemple, pour les feuillets ligamentaires, une ligature perdue ou

des sutures; la méthode extrapéritonéale, de son côté, devra être employée pour le moignon utérin et le pédicule ligamentaire réunis.

Péan, ayant à enlever un fibrome péri-utérin, fixa dans l'angle inférieur de la plaie le pédicule, un second faisceau formé par le tissu cellulaire des ligaments larges et un troisième faisceau constitué par une certaine quantité de pinces.

On ne craindra pas de laisser à demeure les pinces destinées à comprimer les vaisseaux profonds, elles sont souvent d'un grand secours et la sécurité qu'on en retire compense les désavantages qu'elles présentent au point de vue du pansement consécutif.

Dans les cas où la tumeur s'est développée entre l'utérus et la vessie, ou lorsqu'un myôme pelvien envoie un prolongement vers le réservoir urinaire, le traitement doit être différent du précédent. Il n'est plus question alors de former un pédicule extrapéritonéal avec les débris de la capsule, par exemple, puisqu'une des parois de cette cavité est constituée par la vessie d'un côté et l'utérus de l'autre. Comme nous l'avons dit, on a rarement affaire alors à des tumeurs volumineuses, et on peut presque toujours recourir à l'énucléation plutôt qu'à l'amputation supravaginale. Néanmoins on remarque que souvent la vessie participe aux déplacements de l'utérus, qu'elle se laisse entraîner quelquefois jusqu'à l'ombilic quand la matrice est soulevée par un myôme développé au-dessus du plancher pelvien. Il peut rester alors, après extirpation plus ou moins complète de l'utérus, un véritable lambeau constitué par la vessie et les ligaments vésico-utérins décollés, qui flotte dans l'excavation. Schrœder (1) qui a surtout donné la relation d'opérations de ce genre, propose un

(1) Schrœder. Kankheiten der weibl. Sex. Leipzig, 1884.

procédé très simple qui lui a réussi. Il consiste à adapter le lambeau auquel adhère la vessie sur la plaie produite sur la face antérieure de l'utérus par l'ablation du fibrome et à suturer les parties juxtaposées avec du catgut. Si on a affaire à un moignon utérin, celui-ci peut être recouvert également à l'aide de ce moyen. On a ainsi oblitéré une cavité qui pouvait donner une suppuration abondante et causer des désordres sérieux. On trouve dans l'obervation n° 9 de Hofmeier un exemple de ce procédé qui a eu un heureux résultat.

Emmet (1) refusa d'opérer une femme qui portait une tumeur volumineuse placée entre l'utérus et la vessie, craignant de laisser une large cavité dont la suppuration ne tarderait pas à amener la mort; la méthode de Schrœder aurait peut-être conjuré le danger.

Cherchons maintenant quels sont les résultats que nous donnent les observations de myômes à évolution pelvienne que nous avons rassemblées. On trouve dans nos tableaux d'amputation supra-vaginale ou partielle de l'utérus quatorze faits dans lesquels le siège de la tumeur au-dessous du péritoine du bassin est signalé. Plusieurs fois, il s'agissait de myômes intraligamentaires pédiculés, faciles, par conséquent, à extirper, dans la plupart des cas l'amputation supra-vaginale fut nécessitée par le volume du fibrome et par ses rapports avec la matrice. Nous relevons 7 morts et 7 guérisons. La méthode intrapéritonéale fut pratiquée 7 fois, et sur ce nombre de faits, on constate 4 morts. La méthode extrapéritonéale est indiquée 4 fois seulement, avec une mort due à l'oubli d'une éponge dans la cavité pelvienne. Dans trois cas où le mode de traitement de la plaie n'est pas mentionné, il y eut deux morts, une fois dans un fait où la vessie avait été attirée jusqu'au ni-

(1) Emmet. Soc. obst. de New-York. Déc. 1883, in Hayem 1884, p. 356.

veau de l'ombilic par une tumeur incluse dans le ligament large droit (Fritsch) (1), et une autre fois après extirpation incomplète d'un myôme trop fortement enclavé dans le bassin.

Dans nos observations, la mort survint généralement après l'ablation de tumeurs volumineuses et enclavées pour lesquelles, à l'hystérectomie supravaginale avaient été ajoutés de grands délabrements pelviens. Boissarie (2) a publié une observation d'hystérectomie suivie de mort après décortication laborieuse d'un myôme énorme intraligâmentaire. Dans la majorité des cas où les tumeurs étaient petites, faciles à énucléer, la guérison survint. On peut relever aussi dans la statistique de Hofmeier six faits d'inclusion ligamentaire pour des fibromes utérins, mais dans toutes ces observations la myomectomie ou l'amputation partielle de la matrice suffirent pour extirper le néoplasme; la suture des parois de la cavité fut pratiquée chaque fois. On ne relève qu'une mort.

Nos faits ne sont pas assez nombreux pour nous permettre une conclusion au point de vue du mode de traitement le plus recommandable ; tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'inclusion ligamentaire des myômes utérins et surtout leur siège dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin est une complication grave qui vient s'ajouter aux dangers de l'hystérectomie elle-même. Contre cette complication la chirurgie possède certaines ressources opératoires que l'on pourra utiliser en se guidant seulement sur les difficultés que l'on rencontre ; il n'est pas possible de poser à ce sujet des règles fixes dont on ne pourrait s'écarter.

Les opérations pour les myômes pelviens sont beaucoup plus dangereuses lorsqu'il s'agit de tumeurs adhé-

(1) Fritsch, de Breslau. Centr. f. Gyn. 1883, p. 471.

(2) Boissarie. Loc. cit. p. 42.

rentes de tous côtés aux parois du bassin. Il peut y avoir impossibilité complète d'enlever la partie qui plonge dans l'excavation, circonstance qui ne laisse pas d'être fort grave au point de vue des hémorrhagies consécutives et du pronostic général. D'autres fois, c'est le myôme tout entier qui ne peut être extirpé à cause de son enclavement et des adhérences résultant de pelvi-péritonites antérieures ; on est contraint alors d'abandonner tout espoir de guérir la malade, de renoncer même le plus souvent à la castration qui est généralement impossible dans ces conditions.

Homans (1) fit un jour, pour une tumeur peu volumineuse mais fortement serrée dans le bassin et dont il ne put énucléer la partie inférieure, une ligature en masse sur le néoplasme, et excisa la partie supérieure. Le moignon, maintenu à l'extérieur et badigeonné au persulfate de fer, ne causa aucun accident, et la guérison se produisit assez rapidement. Dans une observation de Kaltenbach (2), nous voyons que l'opérateur fut forcé de laisser l'opération incomplète, à cause de ses difficultés et de l'état d'affaiblissement de la malade ; il en résulta des accidents d'embolie et de péritonite et la mort survint.

E. Bœckel eut à enlever une tumeur adhérente de tous côtés dans le pelvis. Après une longue opération il parvint à l'extraire, mais la malade mourut quelques jours après.

C'est surtout dans ces cas d'opération inachevée qu'il faut à tout prix fixer le moignon dans la plaie abdominale, afin d'éviter les accidents d'infection consécutive. Mais il est préférable de renoncer à toute intervention lorsque l'éventualité d'un tel traitement est manifeste,

(1) Homans. Bost. med. and surg. j. 1885, p. 314.
(2) Kaltenbach. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Band X, 1884.

et surtout lorsque le myôme s'est développé dans les ligaments larges des deux côtés.

Avant de terminer ce chapitre, nous voudrions encore signaler une autre complication pelvienne qui prête à de nombreuses discussions entre les chirurgiens, c'est la présence simultanée des kystes de l'ovaire et des myômes utérins. Il arrive très souvent qu'au cours d'une ovariotomie, on rencontre sur l'utérus une ou plusieurs tumeurs que l'on peut tenter d'enlever. Depuis les premiers temps de l'ovariotomie, les chirurgiens trouvant un myôme pédiculé implanté sur la matrice, l'excisaient après avoir jeté une ligature au-dessous de la section ; ce moyen est encore employé aujourd'hui, personne n'en discute l'opportunité. Mais lorsqu'il s'agit de fibromes volumineux, interstitiels, le chirurgien est plus indécis. Ce n'est pas que les exemples d'hystérectomie pratiquée avec succès après l'ablation d'un ovaire kystique soient rares, mais il n'en est pas moins vrai que, ce faisant, on expose la femme à un traumatisme opératoire dont elle peut ne pas se relever. A la Société de chirurgie, M. Duplay (1), rapporteur d'un mémoire de M. Queirel, blâmait ce dernier d'avoir enlevé, après l'ovariotomie, un utérus porteur de tumeurs fibreuses. Ce chirurgien a eu l'occasion de rencontrer plusieurs fois, pendant l'ablation de kystes de l'ovaire, des fibromes implantés sur l'utérus, mais il s'est toujours abstenu de les enlever. M. Terrier, dans la même séance, rappelle qu'il a fait, chez deux de ses opérées, des extirpations simultanées de tumeurs utérines et ovariques; les malades ont succombé.

Cependant il ne faudrait pas conclure qu'il en soit toujours ainsi; Millot (2) a communiqué à la Société de chirurgie une observation d'amputation de l'utérus

(1) Duplay. Bull. Soc. chir. 29 mars 1882.
(2) Millot, rapport Pozzi. Soc. chir. 8 février 1882.

faite en même temps qu'une ovariotomie, l'opérée a guéri rapidement. Schrœder a combiné plusieurs fois l'ovariotomie avec l'hystérectomie, il n'a eu qu'à s'en louer. Kœberlé (1) fait les deux opérations simultanément quand les fibromes sont pédiculés, dans les cas où les ovaires peuvent être enlevés, il se borne à l'ovariotomie.

Dans cette question, on doit laisser une certaine latitude au chirurgien; c'est à l'opérateur, en effet, à juger d'après la gravité de son intervention, s'il y a lieu, sans augmenter beaucoup le péril, de poursuivre l'extirpation des tumeurs utérines. Quand on a affaire à un myôme sessile peu volumineux, dit Kaltenbach, on peut après l'ovariotomie exciser un coin de l'utérus suivant la méthode de Schrœder, puis suturer la plaie. Cette opération n'augmente guère les risques de l'opération. Mais s'il s'agit d'un fibrome à large base inséré dans la paroi utérine, il est préférable, dit le même auteur, de faire la castration, d'autant plus que l'ablation d'un ovaire a déjà facilité l'opération. Toutefois, si la tumeur utérine est unie intimement au kyste de l'ovaire, cas où il y a généralement inclusion ligamentaire, il est préférable de faire l'amputation supra-vaginale de l'utérus. La castration est quelquefois impossible par suite de l'étalement des feuillets ligamentaires et du déplissement du mésovarium ; on est alors contraint de laisser la tumeur intacte et il ne faut pas trop s'en affecter, car généralement après l'ovariotomie elle reste stationnaire, diminue même de volume.

En un mot, l'hystérectomie alliée à l'extirpation d'un kyste de l'ovaire est une opération autorisée dans les cas où le pronostic est favorable ou bien lorsque les dangers causés par la présence des tumeurs sont

(1) Kœberlé. Art. Ovaires. Dict. de méd. et de chir. pratiques, p. 609.

considérables, dans les autres circonstances, il y a lieu de se tenir dans une prudente réserve. Il faut toujours tenir compte de l'approche de la ménopause, ou, s'il est possible, chercher à provoquer une ménostasie artificielle en enlevant les ovaires, méthode qui compte des succès nombreux, quoique certains chirurgiens, comme M. Péan, la repoussent comme impuissante.

CHAPITRE II

I. — TRAITEMENT DU PÉDICULE DANS L'HYSTÉRECTOMIE.

Nous avons négligé à dessein d'étudier jusqu'ici le traitement du pédicule dans l'hystérectomie, afin de présenter une vue d'ensemble sur cette question si vivement discutée et dont la solution est encore loin d'être trouvée. Nous ne reviendrons pas sur les opérations que nécessite l'ablation des tumeurs fibreuses ; il est préférable de prendre l'hystérectomie à son début et de suivre les progrès que l'on a réalisés successivement jusqu'aujourd'hui dans le traitement du pédicule; nous ne rappellerons pas non plus la constitution du moignon utérin, suivant qu'il est formé par le corps de la matrice ou par le col. On nous pardonnera aussi de laisser dans l'ombre les anciens procédés pour insister sur la pratique actuelle qui offre à elle seule de nombreux sujets d'études. Comme nous l'avons dit déjà, le traitement du pédicule dans l'hystérectomie comprend trois méthodes principales que nous allons étudier séparément :

1° La méthode extrapéritonéale;
2° La méthode intrapéritonéale;
3° La méthode mixte.

I. — MÉTHODE EXTRAPÉRITONÉALE.

Les premiers chirurgiens qui appliquèrent cette méthode s'inspirèrent de la technique de l'ovariotomie, cependant, il ne faudrait pas croire qu'elle fut exclusivement employée au début; nous constatons,

en effet, que Clay et Heath (1), en 1843, avaient déjà essayé, mais sans succès, la réduction du pédicule. Toutefois, les premières hystérectomies faites de propos délibéré par Gilman Kimball et Spencer Wells, furent pratiquées sous les auspices de la méthode extrapéritonéale. Kimball avait fixé le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie abdominale et l'avait cautérisé au fer rouge. Spencer Wells, ayant affaire à une hémorrhagie sérieuse survenue après l'enlèvement de la tumeur, traversa le corps de l'utérus de deux fortes aiguilles, au-dessous desquelles il appliqua une ligature et fixa cet appareil dans l'angle inférieur de la plaie. La méthode était créée, mais il était réservé à Péan de réglementer le manuel opératoire. Kœberlé avait déjà imaginé, de son côté, un moyen de contention du pédicule et exposait dans la *Gazette de Strasbourg*, en 1864, sa manière de faire. C'est l'époque où chaque chirurgien, livré à ses propres ressources, imagine un instrument destiné à serrer le pédicule, à le maintenir à l'extérieur; de là cette quantité considérable de clamps, de serre-nœuds, de pinces à comprimer imaginés à cette époque, et dont il n'est resté que quelques variétés. Mais, à part l'instrument fixateur du moignon, la méthode du pédicule exposé était à peu près appliquée partout de la même manière, il nous suffira de la décrire d'après M. Péan.

Après avoir cherché à créer un pédicule suffisamment long pour être fixé dans la plaie abdominale, ce chirurgien traverse la base de la tumeur avec deux tiges droites placées en croix, puis, à l'aide d'une aiguille spéciale portant une encoche vers son extrémité, il passe une anse de fil métallique au travers du pédicule qu'il lie en deux parties, après avoir sectionné

(1) Heath. Méd. Gaz. 8 déc. 1843 et med. Times 1844, n° 164.

l'anse en son milieu. Les ligatures sont fixées à l'aide du serre-nœud de Cintrat ; un troisième lien de sûreté peut être encore appliqué sur le moignon ; dans ces derniers temps, M. Péan a eu recours dans ce but à la ligature élastique qu'il utilise en même temps que les fils métalliques. La tumeur est alors sectionnée à 3 centimètres au moins au-dessus de la ligature, afin d'éviter que, par la rétraction consécutive, les vaisseaux ne puissent échapper à l'action du lien constricteur. Enfin, la plaie abdominale est fermée par des sutures profondes et superficielles, tandis que le moignon cautérisé ou badigeonné au perchlorure de fer est suturé dans l'angle inférieur de l'incision des parois. Les broches traversent les bords de la plaie et le pédicule au-dessous des ligatures.

Dans sa première hystérectomie, Kœberlé avait employé un serre-nœud spécial dont il se sert encore aujourd'hui ; Spencer Wells, Kiwisch, Keith, Baker Brown, utilisaient des clamps et des compresseurs particuliers, mais la technique opératoire restait à peu près la même.

A l'aide de cette méthode, on observe au bout de quelques jours une modification du moignon qui tombe avec la ligature, laissant une surface bourgeonnante qui va se cicatriser peu à peu. Mais avant d'en arriver là et malgré les précautions de propreté les plus assidues, il a pu se former autour du pédicule un clapier où s'accumulent les produits septiques qui de là peuvent envahir la cavité péritonéale. D'autre part, il arrive que cette pénétration des produits sphacélés dans le ventre se fait par la rétraction du pédicule souvent très court et par sa tendance à rentrer dans l'abdomen.

La brièveté du pédicule est souvent une cause de grands inconvénients dus autant aux tiraillements exercés sur les ligaments péri-utérins qu'aux tractions

produites par les broches sur la paroi abdominale. Il survient surtout des déchirures des parties molles du bassin avec hémorrhagies ou accidents inflammatoires ou bien des douleurs persistantes se manifestant sous forme d'accès.

L'emploi de clamps, de serre-nœuds ou d'instruments analogues, en empêchant l'application minutieuse de l'antisepsie et en produisant autour du moignon un entonnoir où peuvent séjourner les liquides septiques, prédispose aussi à une série d'accidents que l'on s'est efforcé d'écarter par de nombreux perfectionnements. Cependant les partisans des anciennes méthodes sont restés fidèles à cette pratique et nous voyons encore de nos jours Péan, Kœberlé, Thornton et d'autres chirurgiens faire usage des serre-nœuds généralement employés il y a quelques années.

Pour échapper aux différents dangers que nous venons de signaler, certains gynécologistes se sont efforcés de modifier le manuel opératoire, tout en conservant le principe de la méthode extrapéritonéale. Afin de supprimer l'entonnoir où s'accumulent les produits septiques autour du moignon, quelques-uns avaient imaginé d'empêcher l'accès du péritoine en entourant la surface de section de lamelles de plomb. Hégar, à plusieurs reprises, avait cru hâter la guérison et abréger la suppuration en exerçant des tractions répétées sur le moignon, mais l'irritation profonde qu'il déterminait ainsi fit rejeter ce procédé.

Un des premiers perfectionnements introduits, fut la *ligature élastique*. Jusqu'alors on ne s'était servi que de fils de soie, de chanvre ou de lin et d'anses métalliques qui, au bout d'un certain temps se desserraient ou devenaient trop lâches pour assurer l'hémostase.

Martin (1) réclame pour lui la priorité dans l'emploi

(1) Martin. Berlin. klin. Woch., 1885, n° 2.

de la ligature élastique qu'il utilisa avant Kleeberg d'Odessa dans ses laparotomies. D'autre part, Müller (1) raconte qu'un chirurgien danois, Boye, lui avait fait part, en 1878, d'un procédé qu'il mettait en usage dans ses ovariotomies et qui consistait à serrer le pédicule avec un cordon élastique. Kleeberg (2) fut le premier à appliquer méthodiquement la ligature en caoutchouc dans la méthode extrapéritonéale. Il suivit, pour exercer la striction, les préceptes de la méthode de Péan, perforant le pédicule à l'aide d'un trocart par lequel il fit passer deux anses élastiques. Chaque moitié du moignon fut serrée isolément par deux liens; mais comme le pédicule ne put être maintenu dans la plaie abdominale à cause de sa brièveté, Kleeberg eut recours à la méthode mixte. Czerny et Martin recommandèrent le même procédé comme moyen d'hémostase provisoire; mais c'est surtout à partir des expériences d'Olshausen que la ligature élastique fut presque généralement employée en Allemagne, à titre de ligature définitive ou temporaire. Hégar fit aussi des expériences sur les animaux et Kasprzik (3), dans un travail instructif, en tira des conclusions fort utiles. Il étudia le mode d'application des liens et enfin le moyen d'empêcher leur relâchement; il montra que le degré de tension du cordon devait être calculé d'après la résistance du pédicule et d'après son volume. Remarquant qu'au moment de la formation du nœud, la tension diminuait d'une manière appréciable, Hégar imagina un autre moyen de fixation, consistant en l'application d'une pince à mors plats et arrondis qu'il serrait au niveau de l'entrecroisement des fils pendant leur tension. Une ligature à la soie placée entre la pince et le moignon assurait le maintien du degré de striction voulu.

(1) Müller. Berlin. Klin. Woch. 1882, n° 30.
(2) Kleeberg. St-Pétersb. med. Woch., 1879, n° 14.
(3) Kasprzik. Berlin. Klin. Woch. 1882, n° 12.

La pince fixatrice pouvait être laissée en place jusqu'à la chute de la ligature ; mais le maintien de cet instrument au niveau de la plaie est entièrement superflu, attendu que les fils de soie assurent un degré de solidité suffisant. On trouve dans la gynécologie opératoire de Hégar et Kaltenbach le manuel du placement de la ligature élastique ; nous ne le décrirons pas en détail. Kaltenbach a inventé une aiguille ayant la forme d'une lardoire analogue à celle de M. Péan, et destinée à passer les fils de caoutchouc à travers le pédicule. Ceci fait, chaque moitié de la base de la tumeur est serrée dans un ou deux fils suivant la grosseur du moignon et l'entrecroisement est maintenu par une ligature à la soie appliquée pendant que le chirurgien exerce une traction sur le caoutchouc à l'aide de la pince fixatrice. Le but principal recherché dans l'emploi de la ligature élastique, est la solidité du nœud ou du lien fixateur. Certains chirurgiens, comme Thiersch (1), passent les tubes de caoutchouc étirés dans un anneau de plomb qu'ils écrasent comme un tube de Galli au contact du pédicule ; d'autres les assujettissent dans un anneau en caoutchouc assez résistant pour exercer une striction suffisante.

Mais les véritables instruments fixateurs ont été imaginés dans ces derniers temps en France ; leur emploi donne plus de sécurité au chirurgien qu'un simple fil de soie ou que les pinces si volumineuses et si gênantes dont on fait usage en Allemagne.

M. Pozzi a décrit dans une communication à la Société de Chirurgie (2) un instrument très ingénieux destiné à appliquer facilement et sans le concours d'aucun aide un cordon élastique autour d'un pédicule. Nous ne décrirons pas l'appareil ; nous dirons seule-

(1) Thiersch. Centralb. f. gyn. 1882, n° 40.
(2) Bull. de la Soc. de chir. 28 nov. 1883.

ment que son principal avantage est de permettre une tension bien calculée des fils et de maintenir solidement ce degré de tension. L'utilité de ce ligateur est surtout très évidente quand on veut produire l'hémostase temporaire pendant une opération et le petit volume de la pièce fixatrice qui peut s'articuler par un système en baïonnette avec un manche n'encombre nullement le champ opératoire. M. Pozzi insiste sur le mode d'emploi de son instrument qui ne doit pas rester en place après l'opération, une ou deux ligatures au fil de soie pouvant suffire, après application du lien élastique, pour maintenir la constriction. Le pansement devient alors plus facile et peut être disposé suivant les lois de l'antisepsie.

Le 17 mars 1886, M. Terrillon présentait à la Société de Chirurgie un ligateur imaginé par lui depuis quelque temps déjà et dont il avait pu constater les avantages. Ce petit instrument se recommande surtout par la simplicité de son maniement et par son faible volume qui permet de le laisser à demeure dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Pour la ligature provisoire, on s'en sert avec avantage ; toutefois, en raison de sa longueur peu considérable, il est difficile à appliquer au fond du bassin. Ce petit inconvénient est du reste compensé par d'autres qualités, comme le mode de fixation très simple des fils qui, une fois tendus, sont introduits dans des rainures pratiquées sur le talon de l'instrument ; le caoutchouc en reprenant son volume est trop fortement pincé pour pouvoir s'échapper. Il est possible encore de placer entre le ligateur et le pédicule un fil de soie qui permette de sectionner le lien élastique et d'abandonner au besoin le pédicule dans le ventre.

Le professeur Trélat présentait, le même jour, à la Société de Chirurgie une pince construite par Aubry sur les indications de M. Segond. Les principaux avan-

tages de cet instrument sont de pouvoir servir dans le cas de gros pédicules nécessitant l'emploi de liens volumineux, d'exercer une compression très forte sur les ligatures au ras du pédicule et de porter, pour la fixation une pédale qui ne refoule pas, comme dans le ligateur de M. Pozzi, le cordon de caoutchouc en s'abaissant.

Le manuel opératoire devient très rapide et très facile à l'aide de ces instruments ; leurs avantages expliquent assez la vogue qu'ils ont rencontrée. Tandis que Kœberlé, Thiriar et Quenu, emploient maintenant la ligature provisoire par la méthode de M. Pozzi, nous voyons M. Monod et bien d'autres chirurgiens se servir de celle de M. Terrillon pour le traitement extrapéritonéal du pédicule. Les chirurgiens français, pour la plupart, préfèrent comme lien élastique les cordons de caoutchouc anglais, noir ou rouge, aux tubes qui sont mis en usage en Allemagne surtout par Hégar, Ahlfeld et Kleeberg.

Les succès qu'avaient obtenu Kleeberg, Martin, Olshausen à l'aide de la ligature élastique, poussèrent les chirurgiens allemands à adopter cette méthode dès qu'elle fut connue. Hégar, préoccupé de trouver un remède aux hémorrhagies des pédicules se mit à l'œuvre aussitôt, dit Kasprzik, et après nombreuses expériences, il créa la méthode extrapéritonéale qui porte son nom.

Méthode de Hégar. — C'est pour éviter les hémorrhagies que produit quelquefois le fil métallique appliqué par le procédé de Péan ou de Kœberlé, par suite de la constriction trop forte exercée sur les tissus, c'est aussi pour ne pas être exposé à voir certaines portions du pédicule se soustraire par rétraction à la ligature trop peu serrée, que Hégar imagina d'employer les liens élastiques.

Hégar se sert d'un double tube de caoutchouc de 5 à 6 millimètres de diamètre avec lequel il fait toujours deux fois le tour du pédicule. Il a soin de refouler, avant son application, toutes les parties voisines, vessie,

intestins, etc. Puis tendant le tube jusqu'à ce qu'il ait perdu la moitié de son volume, il entoure le pédieule en masse et quand il l'a eirconscrit ainsi une ou deux fois en maintenant le même degré de tension, il applique sa pince fixatriee ou bien fait rapidement deux nœuds superposés maintenus à leur tour par des fils de soie.

Mais il est rare que cette simple ligature soit reeonnue suffisante ; le plus souvent il est nécessaire de lier séparément les deux moitiés du pédicule, surtout quand ce dernier est creux. C'est le plus sûr moyen d'intercepter la eommunication avee la eavité utérine. Hégar traverse le moignon avec l'aiguille de Kaltenbaeh et en forme deux parties qui sont liées séparément. La tumeur est ensuite seetionnée à 5 ou 6 eentimètres au-dessus et il ne reste plus que le pédieule à traiter. Nous arrivons là au point le plus important de la méthode.

Il fallait trouver un moyen pour empêeher la pénétration dans le péritoine des produits septiques qui stagnent autour du pédieule traité d'après la méthode aneienne; il fallait aussi maintenir solidement dans la plaie abdominale ce moignon qui cherehe toujours à s'en éehapper. C'est pour réaliser ces desiderata que Hégar imagina de suturer le péritoine pariétal au péritoine du pédieule en eertains points, de façon à déterminer rapidement des adhérenees eapables de fermer la cavité abdominale. Il passe alors un fil de soie dans le péritoine pariétal au niveau de l'angle inférieur de la plaie, puis dans le revêtement séreux du point correspondant du pédieule au-dessous des ligatures élastiques plaeées à l'avanee. Un point de suture est plaeé d'une manière analogue sur la partie supérieure du pédicule et d'autres, sur ses parties latérales, s'il y a lieu, ee qui est rarement nécessaire. De eette façon, on a formé autour de l'extrémité du moignon une gouttière dont la

profondeur égale l'épaisseur de la paroi abdominale et qui permet de surveiller les ligatures élastiques qui y sont disposées. Le fond de la gouttière est constitué par l'union du péritoine pariétal des bords de la plaie avec le revêtement séreux du pédicule au-dessous de la ligature. Afin de garantir les parties voisines contre les produits de mortification, et aussi pour amener l'élimination du moignon par le dessèchement, Hégar fait une cautérisation profonde de toute la surface de section du pédicule avec le thermocautère de Paquelin, et remplit la gouttière périphérique de boules de ouate imbibées d'une solution de chlorure de zinc de 3 à 10 pour 100. Le pansement antiseptique est ensuite appliqué par dessus. Les cautérisations au chlorure de zinc sont répétées les jours suivants et aussi longtemps que le pédicule reste humide et a de la tendance à se désagréger On pourrait ainsi voir s'éliminer après quelque temps un moignon tout-à-fait desséché qui laisserait une plaie bourgeonnante et de bonne nature.

M. Kœberlé (1) ne juge pas à propos d'employer les sutures péritonéales de Hégar; la collerette péritonéale lui semble inutile et sa confection allonge inutilement l'opération Il a adopté la ligature élastique provisoire (procédé Pozzi), mais il reste partisan, pour la constriction permanente, du serre-nœud de son invention qui permet de resserrer le fil métallique à mesure que les tissus se tassent ou se rétractent. Les ligatures accessoires placées sur les pédicules des ovaires ou sur les vaisseaux des ligaments larges sont abandonnées dans le ventre, tandis que Hégar recommande de les fixer dans la plaie.

M. Péan (2) n'a pas abandonné non plus l'ancien procédé qui lui a toujours donné d'excellents résultats et

(1) Kœberlé. Gaz. méd. de Strasbourg. Déc. 1886, n° 3.
(2) Péan. Gaz. des hôpitaux, 1885, passim.

pour lequel il a acquis une dextérité peu commune. C'est toujours au fil métallique qu'il a recours avec l'aide de la ligature élastique provisoire.

Les chirurgiens français qui, pour la plupart, sont restés partisans de la méthode extrapéritonéale, ont adopté en partie les perfectionnements introduits par Hégar. Si tous ne font pas la collerette péritonéale, du moins ils se servent de la ligature élastique à laquelle ils reconnaissent unanimement de grands avantages. MM. Terrillon, Monod, Polaillon ont communiqué à la Société de chirurgie des observations où la méthode de Hégar avait été appliquée dans toute sa rigueur. M. Pozzi a publié un fait de tumeur utérine compliquée d'hydronéphrose qui nécessita la formation de deux pédicules; ils furent liés suivant son procédé. Nous avons eu l'occasion d'assister récemment à une opération d'hystérectomie faite par M. Terrillon à la Salpêtrière et, grâce à la bienveillance de l'opérateur, nous avons pu suivre avec une scrupuleuse attention le manuel opératoire que nous avons reconnu être analogue à celui de Hégar.

Kaltenbach (1) reconnaît que la méthode intrapéritonéale est plus avantageuse, mais, dans l'état actuel de la question, il préfère encore la méthode extrapéritonéale, surtout quand il a affaire à un pédicule creux; il cite des exemples d'infection de la cavité péritonéale dans des cas où l'on avait réduit des surfaces de section au centre desquelles la cavité utérine était béante. Kaltenbach emploie de préférence la méthode de Hégar avec cautérisations consécutives au chlorure de zinc ou simplement avec applications de perchlorure de fer ou d'eau chlorée. Il obtient ainsi une eschare superficielle des bords de la gouttière circulaire, mais le moignon reste sec et aseptique. Il a remarqué que l'eschare com-

(1) Kaltenbach. Zeitschr. f. Geb. and. Gyn. Bd. X, H. I, 1884.

mence à tomber vers le 4[e] ou le 5[e] jour et il reste une surface bourgeonnante au centre de laquelle se trouve le moignon sec. Quand le pédicule est ainsi désséché, il est utile de le sectionner par lambeaux avec le bistouri ou les ciseaux et de faire de nouvelles applications de chlorure de zinc pour empêcher le ramollissement des nouvelles surfaces. Les ligatures sont laissées en place jusqu'à ce qu'elles deviennent accessibles par le ratatinement du moignon.

Kaltenbach recommande encore une pratique que nous avons vu suivre par M. Terrillon, et qui consiste à multiplier les points de suture de la collerette péritonéale, parce qu'il se produit, dans les premières heures après l'opération, une certaine quantité de sérosité qui s'accumule dans la gouttière circulaire et peut pénétrer de là dans le péritoine.

Gusserow (1) se rattache aussi à la méthode de Hégar quand il y a lieu de former un pédicule extrapéritonéal, mais il accorde, en général, plus de confiance à la réduction dans l'abdomen. Toutefois, les cas de pédicules creux, d'inclusion pelvienne, d'adhérences considérables lui paraissent indiquer la méthode de Hégar.

Howitz (2), sur huit cas dans lesquels il employa la méthode extrapéritonéale, n'eut que deux morts; il est partisan de ce mode de traitement, mais ne se sert pas d'anses métalliques qu'il trouve trop dangereuses à cause de la section possible des vaisseaux du pédicule. Il emploie le nouveau clamp de Sp. Wells dont le grand avantage est de hâter l'opération.

Tauffer (3) penche pour le traitement extrapéritonéal qui, sur sept cas, ne lui a pas donné d'insuccès; il suit la méthode de Hégar, recherchant aussi la momification

(1) Gusserow. Billroth et Luecke. Deutsche Chirurgie. Lief. 57, p. 108.
(2) Howitz. Gynek. og obst. meddelleser, Bd. IV, H. 12.
(3) Tauffer. Wien. med. Woch., 1885, n° 4.

du pédicule par l'action du chlorure de zinc; c'est là, suivant lui, un point important du procédé auquel Braun (1) et Rose accordent aussi la préférence.

Nous voyons donc que la méthode du pédicule exposé garde encore de nombreux adeptes en Allemagne; les chirurgiens anglais et américains se sont déjà en partie rattachés au traitement intrapéritonéal. Cependant, beaucoup de gynécologistes de ce pays sont éclectiques et dans les cas embarrassants adoptent toujours l'ancienne méthode. Keith, à l'appui de sa préférence pour le traitement intrapéritonéal, donnait, en 1883, une statistique de 25 observations avec deux morts. Bantock (2), en 1882, sur 15 faits de pédicules exposés annonçait une mort; en 1883, il apportait vingt-deux cas avec deux morts. Elliot (3) se rattache à la méthode extrapéritonéale, parce qu'elle est moins meurtrière. Kimball (4) préfère aussi fixer le pédicule dans la plaie, mais il ne recule pas devant la réduction dans certains cas. Disons, en passant, que cet auteur est partisan du morcellement des tumeurs avant leur extirpation.

Stimson (5) est un des plus fervents adeptes de la méthode extrapéritonçale, parce qu'elle est seule capable, dit-il, de mettre sûrement à l'abri des hémorrhagies et de la suppuration du moignon utérin. Les résultats confirment sa manière de voir.

En résumé, la méthode extrapéritonéale est appliquée un peu différemment par les chirurgiens que nous venons de nommer et beaucoup d'opérateurs la pratiquent encore par l'ancien procédé. Cependant les progrès qu'elle a réalisés sont nombreux, ses résultats se sont

(1) Braun. Wien. med. Woch. 1884, nº 27.
(2) Bantock. Brit. med. Journ. 1882, 26 août.
(3) Elliot. Bost. med. and surg. Journ. 1885, p. 318.
(4) Kimball. Bost. med. and surg. J. 1885, t. I, p. 318.
(5) Stimson. New-York med. Record. Oct. 1884, p. 636.

beaucoup améliorés, surtout depuis que l'on a réussi à se mettre en garde contre les accidents résultant de la résorption par le péritoine des débris nécrosés du pédicule.

Examinons maintenant quels sont les avantages et les inconvénients de cette méthode et montrons que ces derniers sont devenus beaucoup moindres depuis les perfectionnements apportés par Kleeberg et par Hégar.

Le premier avantage qu'offre la méthode extrapéritonéale est considérable; elle met à découvert une surface de tissus destinés à se nécroser et à s'éliminer, et permet de surveiller la plaie opératoire. Avec l'ancien procédé, les ligatures métalliques, quoique bien serrées au début, étaient sujettes à produire deux sortes d'accidents; en cas de constriction trop forte, elles sectionnaient les tissus et favorisaient l'hémorrhagie; en cas de constriction trop faible, elles laissaient échapper des portions du pédicule qui, à leur tour, pouvaient donner lieu à un écoulement sanguin en se rétractant dans l'abdomen. La ligature élastique a mis à peu près complètement à l'abri de ce danger, avec elle le chirurgien n'a plus à se préoccuper du soin de resserrer l'anse qui étreint le pédicule; il ne craint plus la section des tissus ni le relâchement qui résulte de leur nécrose. Cependant, il peut se produire des hémorrhagies par glissement de la ligature, par rétraction de certaines portions du moignon quand la section a eu lieu trop près du lien ou par déchirures produites sous l'influence de tractions exagérées; dans ces conditions, le chirurgien sera averti immédiatement de l'accident et il pourra y porter remède sans danger pour l'opérée. Amiot, sur les 156 observations d'hystérectomie qu'il a rassemblées, a noté quatorze fois l'hémorrhagie par le pédicule. En parcourant les 116 cas d'hystérectomie

partielle et supra-vaginale qui figurent dans nos tableaux nous avons relevé sept fois l'indication d'hémorrhagie consécutive par le pédicule. Amiot trouve que cet accident se produit dans la proportion de 8,96 0/0, tandis que, pour notre série de faits, on le constate 6,03 fois sur 100 hystérectomies. Ces chiffres n'ont rien d'exact, attendu que les renseignements des auteurs font souvent défaut; néanmoins en prenant ces moyennes comme minima, ce qui est logiquement permis, on se rend assez bien compte de la fréquence relative de cette complication. En évitant au moins six fois sur cent cas les dangers de l'hémorrhagie, le traitement extrapéritonéal rendrait donc déjà de grands services.

La suppuration du moignon, si redoutable dans la méthode intrapéritonéale, devient facile à traiter quand le pédicule est exposé. Avec l'ancienne méthode on n'était pas toujours maître d'empêcher la pénétration du pus dans le péritoine. M. Péan cite, dans ses Cliniques, des faits de péritonites survenues sous cette influence. Les tractions exercées par un pédicule court sur la paroi abdominale produisaient une sorte d'aspiration des liquides contenus dans le clapier qui environnait le moignon; c'est par ce mécanisme que la séreuse s'enflammait. Avec le perfectionnement de Hégar, la gouttière circulaire qui surmonte la collerette péritonéale est complètement fermée dans la profondeur et les liquides qu'elle contient ne sont même pas absorbés par les plaies voisines sur lesquelles le chlorure de zinc a déterminé des eschares protectrices. Il semble donc que les chances de péritonite soient beaucoup diminuées; d'ailleurs, le dessèchement progressif du moignon est une excellente garantie contre une suppuration abondante, sans constituer cependant, comme le dit Kaltenbach, un état complètement aseptique. Mais il faut tenir compte de la lenteur de l'élimination des

parties privées de vie et de la longue durée de la cicatrisation consécutive.

A côté de ces avantages de la méthode extrapéritonéale, nous devons signaler quelques inconvénients tenant : à la fixation du pédicule dans la plaie ou aux suites qui peuvent en résulter. Quant aux accidents rares comme l'érysipèle, les phlegmons, le tétanos, etc., nous ne faisons que les citer, Bourwieg (1), à la clinique de Küster, en a observé des exemples.

La brièveté du pédicule est une des complications que l'on rencontre le plus fréquemment dans l'hystérectomie, surtout quand l'amputation est faite au niveau du col de l'utérus. Les affections inflammatoires antérieures du bassin, en créant des adhérences et en épaississant les ligaments péri-utérins, peuvent empêcher la fixation du pédicule dans la plaie abdominale. Chez les vierges, les difficultés sont beaucoup plus grandes que chez les multipares dont les parties molles du bassin ont subi antérieurement des distensions excessives dont il reste toujours des traces. Joignons à cela des états congénitaux de fixité de l'utérus que Grassi (2) a signalés et qui rendent l'opération très laborieuse. Les chirurgiens sont tellement préoccupés du degré de laxité des ligaments utérins avant l'opération, qu'ils recherchent dans leurs explorations si l'utérus est mobile et s'il peut être soulevé. Hégar (3), dans un mémoire, arrive à cette conclusion formulée après de nombreuses recherches sur le cadavre, que ce sont presque toujours les ligaments sacro-utérins et le péritoine disposé sur la paroi postérieure du bassin qui constituent un obstacle au déplacement en avant de

(1) Bourwieg. Inaug. Diss. Halle, 1883.
(2) Grassi. Lo Sperimentale, 1882, p. 24.
(3) Hégar. Wien. med. Presse, n° 17, 1877.

l'utérus. Schultze (1), dans ses expériences, a remarqué aussi que le tissu cellulo-musculaire des ligaments sacro-utérins par sa laxité ou sa rétraction a la plus grande influence sur la mobilité de la matrice. Hégar propose alors d'employer avant l'hystérectomie un traitement préparatoire consistant dans l'introduction de différents pessaires, de colpeurynters qui repoussent le col en tendant les ligaments ; il vante aussi les mouvements d'élévation et d'abaissement produits à l'aide des doigts introduits dans le vagin. Signalons seulement la proposition faite par quelques chirurgiens de sectionner avant ou pendant l'opération, les ligaments sacro-utérins pour faciliter la formation du pédicule exposé. Hégar a presque toujours réussi à attirer suffisamment le col au-dessus du pubis sans avoir recours à ces sections complémentaires, mais, dans certains cas, la tension était considérable et les douleurs très vives.

Il sera préférable de ne pas rechercher toujours la fixation du pédicule à l'extérieur, car dans les circonstances que nous venons d'examiner, on s'expose à des accidents de rétraction des tissus, à des déplacements des organes pelviens et à des troubles nerveux qui peuvent causer la mort.

Quelquefois c'est l'épaisseur de la paroi abdominale qui est un obstacle au maintien du pédicule, par suite de la couche épaisse de tissu cellulaire que l'on rencontre chez certaines femmes. Mais on aura rarement l'occasion de constater ce fait chez les malades qui portent depuis longtemps des tumeurs utérines; on le rencontre plutôt conjointement avec de petits myômes développés sur les faces de la matrice. Les grosses tumeurs, dit Kaltenbach, amincissent les parois abdominales, distendent et allongent les ligaments.

(1) Schultze. Déviations utérines. Trad. Hergott, 1884.

Supposons que, malgré les difficultés que nous venons de passer en revue, le chirurgien se soit obstiné à employer la méthode extrapéritonéale, que peut-il arriver ?

Pendant les tractions faites durant l'opération, il se produit aisément des déchirures donnant lieu à des hémorrhagies faciles à arrêter par l'application de pinces spéciales; mais si ces déchirures ne surviennent que plus tard sous l'influence d'un mouvement intempestif de la malade ou d'un accès de toux, l'accident peut être mortel. C'est ce qui arriva chez une malade de M. Polaillon, dont l'observation a fait l'objet d'une communication à la Société de chirurgie (1).

Les tractions exercées sur le pédicule peuvent causer aussi des décollements pelviens qui ne sont remarqués qu'après l'opération par les désordres qu'ils causent. Lorsque les broches et les sutures ont fixé un moignon très court dans la plaie abdominale, des douleurs intolérables surviennent souvent, entraînant quelquefois le collapsus et la mort. Storer, qui avait signalé ces faits, les rattachait à une action réflexe sur le cœur. Quoiqu'il en soit, on peut observer, après des signes d'excitation nerveuse, une dépression qui persiste jusqu'à la mort; Amiot cite comme exemple de ces complications deux observations de Stadsfeldt et de Queirel. On trouverait peut-être dans les nombreux cas de mort par choc rapportés par les auteurs, d'autres preuves de l'action pernicieuse des tractions exercées sur le pédicule. Souvent ce n'est pas après l'opération que les phénomènes douloureux apparaissent, mais plus tard, quand la guérison est complète. Les opérées ressentent alors des douleurs lombaires, des tiraillements douloureux qui irradient dans les cuisses, etc.; la

(1) Bull. Soc. de chir. 1883, p. 408.

marche peut devenir impossible ; la station debout même est compromise. M. Péan cite dans ses cliniques des opérations à la suite desquelles les femmes marchaient courbées par suite de la traction produite par le pédicule sur les parois de l'abdomen.

Dans d'autres circonstances, c'est du côté des bords de la plaie que se passent les désordres causés par la tension du moignon. On trouve tout autour de ce dernier une dépression en entonnoir où il est difficile d'appliquer l'antisepsie et au fond de laquelle se nécrosent les portions serrées dans la ligature. La rétraction du pédicule ne se borne pas toujours à produire seulement une dépression abdominale, mais on peut observer la section des téguments par les broches ou encore, comme dans une de nos observations, la courbure de celles-ci. Il en résulte que le moignon peut rentrer dans le ventre, et si la collerette péritonéale ne résiste pas, ce qui arrive le plus souvent, il disparaît dans la cavité abdominale, qui ne tarde pas à s'enflammer.

Harrisson (1), après une complication analogue survenue chez une de ses opérées, dut ouvrir de nouveau la plaie et ramener le pédicule. Sa malade mourut de septicémie.

Les broches, au lieu de sectionner les bords de la plaie, arrachent quelquefois le moignon qui, n'étant plus retenu à l'extérieur, déchire les sutures péritonéales et rentre encore dans l'abdomen. Ces accidents sont toujours mortels.

Tels sont les principaux inconvénients qui résultent de la fixation à l'extérieur d'un pédicule trop court. On en rencontre souvent d'autres communs à tous les myômes traités par la méthode extrapéritonéale.

Il faut signaler en première ligne la longueur de la guérison qui se fait attendre plusieurs semaines, quel-

(1) Harrisson. Revue des Soc. savantes, 1884, t. II.

quefois même pendant deux ou trois mois. La plaie en forme d'entonnoir, qui résulte de l'élimination de la partie nécrosée du moignon, se cicatrise lentement et, jusqu'à sa guérison complète, oblige le chirurgien à des soins assidus; car on a vu, dans certains cas, survenir des péritonites tardives qui emportaient les malades. Ces complications sont surtout à redouter lorsqu'on a affaire à des pédicules en partie réduits dans le ventre (méthode mixte), qui se sont rétractés tardivement et avant la formation d'adhérences péritonéales épaisses. Même après la cicatrisation, on note souvent la formation d'abcès autour de la plaie par suite de l'irritation causée par les fils non résorbés qui avaient servi à constituer la collerette péritonéale. Tant que la cicatrisation de la plaie n'est pas complète, et surtout avant la formation de membranes exsudatives résistantes autour du pédicule, on trouve à la périphérie de ce dernier, au niveau de l'union du péritoine pariétal avec son revêtement séreux, une zone de faiblesse de la paroi où peut se produire, en cas de ballonnement du ventre, une déchirure plus ou moins étendue. Dans les mêmes circonstances et aussi sous l'influence des vomissements ou d'un accès de toux, on peut remarquer une hernie de l'intestin. Nous avons rencontré une observation de Spencer Wells (1) où cet accident s'était produit. La malade mourut de péritonite.

On a quelquefois l'occasion de constater des phénomènes intestinaux d'un ordre différent. Le pédicule constitue souvent une sorte de bride étendue de la paroi abdominale au fond du bassin et de laquelle partent souvent, comme de véritables rameaux, des tractus membraneux, traces de la péritonite adhésive qui s'est manifestée autour du moignon. L'intestin peut

(1) Spencer Wells. Diagnostic et traitement des tumeurs abd., 1885.

venir s'étrangler sur ces brides; il en résulte alors une occlusion intestinale. Cette complication est loin d'être rare; quand elle se présente, elle est presque toujours très grave.

Dans un cas de Kottmann (1) qui figure dans nos tableaux, il se produisit une occlusion intestinale. L'intestin présentait un sillon de gangrène au point où avait eu lieu l'étranglement. L'opérée mourut.

Disons de suite que la méthode intrapéritonéale expose aussi à ces troubles intestinaux.

D'autres fois, c'est vers la vessie que les désordres se manifestent; dans ces cas, les modifications de la miction résultent de la position élevée du réservoir urinaire et de la compression qu'il subit. Ces phénomènes sont surtout marqués lorsque le pédicule est court et formé par le col utérin.

Il se produit dans les cas de pédicule creux une complication qui, pour ne pas être dangereuse, n'en est pas moins très rebelle au traitement : nous voulons parler des fistules abdominales. Elles sont généralement consécutives à la chute du pédicule, et il ne faudrait pas croire, avec certains auteurs, que la ligature en deux parties du moignon, permette toujours d'oblitérer définitivement la lumière du canal génital. Après la chute de la ligature, la partie restante se recouvre généralement de bourgeons charnus, mais il arrive aussi que la cavité utérine n'est pas oblitérée, soit parce que le liquide que la muqueuse sécrète s'échappe par cet orifice, soit parce que la nouvelle position qu'occupe le tronçon restant de l'utérus facilite l'expulsion du mucus utérin par la voie abdominale. Souvent une ligature en masse, embrassant un pédicule volumineux, ne produit pas une oblitération complète, témoin l'écoulement de mucus que certains chirurgiens ont observé au centre du pédicule pendant le traitement. Nous ne

(1) Kottmann. Corresp. f. Schweiz. Aerzte. Janvier 1882

serions pas étonné de voir le même fait se produire dans la méthode de Hégar, malgré les deux ligatures élastiques latérales auxquelles est surajoutée une ligature en masse ; car cette dernière est placée au-dessous des deux autres, et si elle n'est pas suffisamment serrée pour fermer la cavité utérine, une fistule peut se produire après la chute de la portion nécrosée du moignon. Ces fistules se distinguent en ce qu'elles sont toujours abdomino-vaginales. Kaltenbach (1) cite dans son Mémoire un cas de fistule cervico-pariétale persistante qui résista à tous les moyens chirurgicaux. Nous verrons, en étudiant le traitement intrapéritonéal qu'elles constituent un des accidents les plus redoutables de cette méthode.

Mais les fistules abdominales peuvent se produire encore par un autre mécanisme ; elles résultent tantôt de l'ouverture d'un abcès au voisinage de la plaie comme dans deux cas communiqués par M. Terrier et par M. Quénu (2), tantôt elles représentent le reliquat d'une cavité d'énucléation ou de la coque d'une tumeur kystique dont les parois ont été suturées aux bords de la plaie abdominale. Nous en avons recueilli plusieurs cas, mais leur description laisse trop à désirer pour que nous les rapportions. Ces fistules sont très difficiles à guérir ; elles constituent souvent une cause d'affaiblissement pour la femme, surtout quand elles succèdent à l'enlèvement d'une tumeur incluse dans les ligaments larges, ayant laissé après son ablation une vaste cavité qui s'oblitère peu à peu. La méthode de Küster donne souvent lieu à ces fâcheux résultats.

On a fréquemment remarqué après la guérison par la méthode extrapéritonéale une prédisposition aux her-

(1) Kaltenbach. Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1884. Bd. X, H. I.

(2) Terrier. Bull. Soc. chir. 5 nov. 1884 et Quénu. Bull. Soc. chir. 1885, 4 nov.

nies ventrales au niveau de la cicatrice. Kaltenbach signale trois fois cet accident, qui d'ailleurs se produit aussi dans la méthode intrapéritonéale. L'explication de ces faits est trop connue pour que nous nous y arrêtions plus longtemps.

Il est encore une question qui doit nous préoccuper, surtout au point de vue de la myomectomie et de l'amputation partielle de l'utérus sans ouverture de la cavité ; nous devons nous demander ce que devient le pédicule adhérent au début à la paroi abdominale.

Börner (1) nous paraît être l'auteur qui s'est le plus occupé de cette question. Il a suivi, chez une de ses opérées, l'évolution d'un pédicule extrapéritonéal résultant de l'ablation d'un myôme sous-séreux et il a remarqué que six mois après l'opération le pédicule était encore adhérent, et qu'au bout de six autres mois l'utérus était redevenu libre. Mais il y a lieu de se demander si, dans toutes les conditions, les adhérences peuvent disparaître et si, lorsqu'elles persistent, elles peuvent devenir une cause de dystocie.

Il est à peu près certain que l'utérus ne se sépare entièrement de la paroi abdominale que dans les cas où le pédicule est assez grêle. Börner a remarqué que les pédicules qui prenaient naissance sur le fond de la matrice étaient ceux qui s'isolaient le plus facilement ; ceux qui sont d'un volume considérable et constitués par l'utérus lui-même resteraient plus longtemps adhérent à la paroi abdominale. L'état de la cicatrice peut, jusqu'à un certain point, faire juger de la persistance du point d'union ; on constate que, dans certains cas, la dépression très accentuée d'abord diminue de plus en plus et finit même quelquefois par disparaître tout à fait. D'autres fois, au contraire, elle persiste au même degré et forme un véritable point fixe que le ballonne-

(1) Börner. Sammlung klin. Vorträge, n° 202.

ment du ventre ou la présence accidentelle de liquide ascitique ne peuvent déplacer. Börner raconte que Paulik fut témoin de trois cas d'hystérectomie pendant la grossesse, pratiqués à la clinique de Braun et que dans ces trois faits il constata, au bout d'un certain temps l'indépendance complète du moignon et de la cicatrice abdominale. Mangiagalli eut l'occasion de faire l'autopsie d'une femme chez laquelle il avait pratiqué une hystérectomie quelques mois auparavant et put remarquer la séparation complète du moignon et de la paroi.

Lorsque le fond de l'utérus reste adhérent il peut se produire, en cas de grossesse, des accidents très graves. Atlee et Harris citent un cas de dystocie mortelle chez une femme à qui l'on avait enlevé un kyste de l'ovaire quelques années auparavant. On constata à l'autopsie que l'utérus avait subi un mouvement de torsion d'environ un quart de cercle sur lui-même. Spencer Wells s'est informé auprès de ses anciennes opérées qui avaient eu des enfants après la myomectomie ou l'hystérectomie partielle, des conditions de leur accouchement et il a acquis la conviction que, dans la grande majorité des cas, les grossesses répétées, même gémellaires, ne subissent aucun trouble pendant leur cours et que l'accouchement lui-même est en général normal. Ce fait est très important à constater et montre une fois de plus que l'on doit, autant que possible, employer la myomectomie et l'hystérectomie partielle sans ouverture de la cavité utérine dans les cas de myôme utérin, afin de garder à la femme l'intégrité des fonctions génitales susceptibles de s'exercer, même dans la suite.

II. — TRAITEMENT INTRAPÉRITONÉAL.

Lorsque l'antisepsie appliquée à l'ovariotomie eut montré tous les avantages du traitement intrapéritonéal

du pédicule des kystes, les chirurgiens l'adoptèrent presque généralement ; il n'en fut pas de même pour les tumeurs fibreuses. Le volume et la grande vascularité des pédicules utérins étaient des raisons qui militaient en faveur de l'ancienne méthode ; on n'accorda d'abord aucune confiance aux premières guérisons publiées, il y a quelques années, en Allemagne et en Angleterre.

Les premières tentatives en faveur de la réduction furent faites surtout dans les cas de pédicules courts, lorsque le moignon ne pouvait être attiré dans la plaie abdominale ; elles furent d'abord très timides, à cause de la crainte de la septicémie et des hémorrhagies consécutives. Les chirurgiens qui se hasardèrent les premiers à tenter la réduction maintinrent d'abord solidement le pédicule réduit avec des instruments spéciaux, clamps ou serre-nœuds qui étaient placés dans l'angle inférieur de la plaie. D'autres, jugeant les ligatures avec le chanvre ou la soie suffisantes pour l'hémostase, faisaient sortir par la plaie les fils qui entouraient le pédicule, organisant ainsi une sorte de drainage capillaire. Les premiers auteurs qui rapportent des observations de ce genre, Kimball, Parkmann, Baker-Brown, sont tous d'accord pour en reconnaître les graves dangers. En effet, dans ces conditions, le pédicule bien serré au début se nécrose peu à peu, diminue de volume et les ligatures devenant trop lâches, l'hémorrhagie peut se produire. Les premiers essais furent donc malheureux. Il fallait, pour consacrer la méthode, qu'un opérateur audacieux vînt poser des règles bien définies en les appuyant sur des succès.

Spencer Wells fut le premier qui chercha à appliquer méthodiquement le traitement intrapéritonéal dans certains cas. Au 48e Congrès de l'Association médicale britannique, à Cambridge (1), il exposa son procédé

(1) Sp. Wells. Brit. med. Journ. 1880, t. II, p. 373.

qu'il avait mis en usage depuis 1878. Se fondant sur l'analogie de certains pédicules utérins avec les pédicules ovariques, il résolut de les traiter de même. Le pédicule des fibromes devait être lié en masse ou fragmenté en plusieurs faisceaux serrés isolément, puis le péritoine des bords de la surface de section était ramené sur la plaie, affronté et suturé.

La réduction était complète et la cavité abdominale entièrement fermée. Dans les cas de gros pédicule ou de pédicule creux, Spencer Wells ne se laissait pas arrêter par les difficultés et n'hésitait pas à tenter quand même la réduction. Il eut, dans un cas, l'occasion de placer sur le moignon vingt-quatre points de suture qui ne causèrent aucun accident. Wells négligeait la suture de la muqueuse utérine dans les pédicules creux, croyant ménager une voie d'écoulement utile à la sérosité formée dans la plaie des parois. On voit, qu'en résumé, ce premier procédé de traitement intrapéritonéal était déjà bien perfectionné et qu'il restait peu de chemin à faire pour en arriver aux méthodes actuelles. Toutefois Spencer Wells ne donnait à l'appui de ses nouvelles idées qu'une statistique de 7 cas avec 5 morts, résultats qui ne devaient guère inspirer la confiance; mais si l'on songe que, dans ses hystérectomies avec pédicule exposé au nombre de 16, à la même époque, le chirurgien anglais n'annonçait que 6 guérisons, on voit qu'en réalité la différence n'était pas aussi considérable qu'elle devait le paraître de prime abord.

La nouvelle méthode fut froidement accueillie en France, où Péan obtenait de bons résultats par son procédé, tandis que Kœberlé restait fidèle à celui qui lui avait donné ses premiers succès. Cependant il est à remarquer qu'en 1878 déjà, le chirurgien de Strasbourg avait employé la méthode intrapéritonéale

avec suture pour les cas de pédicules courts et minces implantés sur les faces utérines.

Mais c'est en Allemagne surtout que l'idée de la réduction du pédicule occupait le plus les chirurgiens. Déjà en 1874, Kaltenbach proposait le traitement intrapéritonéal pour les pédicules minces et la suture des bords de la plaie faite à l'utérus et aux ligaments larges. A la même époque, Hégar (1) employait dans un cas ce procédé avec succès; les deux essais suivants furent moins heureux, car une opérée mourut d'épuisement, l'autre de septicémie. Dans le dernier de ces faits, ce chirurgien ne put se rendre maître de l'hémorrhagie qui survint après la section du pédicule inséré sur une corne de l'utérus et dut pratiquer l'hystérectomie supra-vaginale.

Kleeberg (2), en 1877, démontrait par ses expériences l'innocuité des ligatures élastiques quand elles restaient dans le ventre et contribuait ainsi à faire naître une idée que Czerny (3) appliquait l'année suivante : celle de la ligature élastique entourant le pédicule réduit.

Czerny, au Congrès de Bade, se déclarait partisan du traitement intrapéritonéal, tandis que, l'année suivante, en 1880, au Congrès de Buda-Pesth, Antal apportait de nouvelles preuves à l'appui de cette opinion. Olshausen (4) était aussi un des adeptes les plus fervents de cette doctrine; il rapporte, dans son ouvrage, qu'il employa toujours la réduction du pédicule, sauf dans un seul cas (obs. n° 9 de ses tableaux) où le traitement extrapéritonéal était tout indiqué. Nous voyons, en effet, ce chirurgien pratiquer, dès 1876, la réduction d'un

(1) Hégar. Operat. Gynec. Stuttgard, 1886.
(2) Kleberg. St-Pet. med. Woch. 1877, n° 12 et 1879, n° 41.
(3) Czerny. Centr. f. Gyn. 1879, p. 519.
(4) Olshausen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 20 déc. 1881.

pédicule sur lequel il avait jeté plusieurs ligatures en masse. C'est en 1878, que Schrœder imagina le procédé qui porte son nom, qu'il allait exposer les années suivantes au Congrès de Bade (1), à celui de Salzbourg (2) et dans plusieurs discussions à la Société de gynécologie de Berlin (3). Kovacs (4) ensuite, en 1879, publiait une méthode différente de celle de Schrœder, puis Léopold (5) et Billroth imaginaient des perfectionnements importants que nous aurons à examiner.

Le procédé de Spencer Wells rapporté plus haut fut donc le point de départ des diverses méthodes que nous allons décrire. Le chirurgien anglais était arrivé d'emblée à créer un procédé d'une perfection que les opérateurs allemands mirent quelques années à atteindre. Nous ne voulons pas passer en revue toutes les transformations que la méthode intrapéritonéale a subies en Allemagne depuis les premiers essais de Kaltenbach et Hégar, il y a plus de dix ans; cette étude nous entraînerait trop loin et ne présenterait aucune utilité. Il nous suffira de décrire les procédés appliqués par les principaux chirurgiens et d'en apprécier la valeur dans la mesure de nos forces.

Ceux qui osèrent affronter les dangers de la réduction, avant ces dernières années eurent de nombreux insuccès à cause des *hémorrhagies* et de la *septicémie*.

Telles sont les deux grandes complications que tous les chirurgiens s'appliquèrent à combattre; de là les nombreuses modifications apportées à l'hystérectomie dans ces dernières années, de là aussi la création d'une méthode de traitement intermédiaire, la *méthode mixte*,

(1) Archiv. f. Gyn., p. 270, 1879-1880.
(2) Centr. f. Gyn., 1881, p. 8.
(3) Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1883, p. 204 et 1884, H. I.
(4) Kovacs. Wien. Allg. med. Zeit. 1877, p. 537.
(5) Leopold. Archiv. f. Gyn. 1882, p. 91.

destinée, nous le croyons fermement, à disparaître de la pratique chirurgicale, quand la réduction du pédicule pourra être opérée sans danger.

L'usage de la ligature élastique fut une innovation des plus heureuses ; elle donna le signal d'une ère nouvelle dans le traitement des myômes utérins. Elle permettait en effet d'obvier, jusqu'à un certain degré, au premier inconvénient que nous signalions tout à l'heure, l'hémorrhagie. Mais il restait à démontrer que cette ligature dont les services étaient si remarquables pendant l'opération, pouvait aussi être employée comme *ligature* définitive. En d'autres termes, il fallait établir, par des expériences, l'innocuité du séjour des fils de caoutchouc dans la cavité péritonéale.

De tous côtés on se mit à l'œuvre, mais ce furent surtout les chirurgiens allemands qui entreprirent les expériences les plus probantes ; les travaux de Hégar, Kleeberg, Martin (1), Olshausen, etc., en sont la preuve. Kasprzik (2) nous apprend que Hégar, quoique partisan de la méthode extrapéritonéale, établit un certain nombre d'expériences pour rechercher si le lien élastique réduit dans l'abdomen offrait de suffisantes garanties contre l'hémorrhagie. Les résultats de ces travaux furent en partie publiés par Kasprzik ; toutefois Hégar se réservait encore de modifier ses idées après de nouveaux essais. Dans une première série d'expériences, il chercha à déterminer de quelle manière se comportaient les fils élastiques introduits en liberté dans le péritoine de certains animaux, comme les lapins, par exemple. Les fils maintenus aseptiques étaient placés dans la région des lombes en contact avec les intestins. Il n'y eut aucune réaction et après cinq semaines, on pouvait constater, en faisant

(1) Martin. Berlin. klin. Woch., 1885, n° 43.
(2) Kasprzik. Berlin. klin. Woch., 1882, n° 12.

l'autopsie de l'animal, que les fils étaient reliés aux anses intestinales par des adhérences épaisses et qu'il n'existait aucune trace de pus.

Dans une deuxième série d'expériences, Hégar fit la ligature de tronçons d'organes abdominaux sur des chiens et des lapins. Il lia avec des cordons élastiques des portions du péritoine, de l'utérus, de la rate, du foie et des reins préalablement sectionnés et cautérisés avec le Paquelin. Les résultats qu'il obtint furent très satisfaisants pour les ligatures appliquées sur le péritoine et l'utérus à l'aide des fils élastiques ; pour les reins et le foie, au contraire, ils furent moins bons, les animaux succombèrent régulièrement à la suite de péritonite. Hégar recommande de se servir de drains plutôt que de cordons en caoutchouc parce que ceux-ci sectionnent facilement les tissus ; il trouve aussi aux drains l'avantage de pouvoir être désinfectés plus complètement dans une solution de sublimé au 1/1000, liquide antiseptique qu'il préfère à la solution phéniquée qui rend le caoutchouc cassant.

Maslowsky (*Arch.* de Langenbeck, vol IX), Spiegelberg et Waldeyer (1) dans leurs expériences sont arrivés aux mêmes résultats pratiques que Hégar ; le danger n'est pas dans l'abandon du lien élastique dans l'abdomen, mais plutôt dans les phénomènes de gangrène qui, à eux seuls, peuvent amener une hémorrhagie considérable.

Löwenhardt (2), dans des expériences faites sur six lapins, arrive à ces conclusions : 1° les ligatures élastiques sont par elles-mêmes inoffensives ; 2° la rapidité de l'enkystement dépend de la durée de l'opération et des désordres qu'elle entraîne : on reconnaît l'influence des longues manipulations par la sécrétion abondante

(1) Arch. de Virchow. 1868.
(2) Löwenhardt. Dissert. Inaug. Halle, 1884.

de la plaie et le passage facile à la suppuration; 3° les parties liées conservent encore plus tard une certaine nutrition.

Cette dernière proposition est énoncée d'une manière beaucoup trop formelle, à notre avis; elle ne se réalise malheureusement pas aussi souvent que Löwenhardt le pense. L'enkystement de la ligature n'est pas non plus un phénomène constant; pour le prouver, nous n'aurions qu'à citer les nombreux cas d'abcès déterminés autour du pédicule ou dans son intérieur, autour des liens élastiques, et les faits dans lesquels on signale l'élimination des fils par la vessie, le rectum ou la plaie abdominale. Léopold (1), Ahlfeld, Olshausen (loc. cit.), Martin (loc. cit.), en ont cité quelques exemples. On n'aurait, du reste, qu'à se reporter au travail de Möller (2), pour s'en convaincre. Quant à la rapidité de l'enkystement, nous admettons pleinement qu'elle soit soumise à la gravité des manœuvres chirurgicales; pour tous les chirurgiens, il est de règle que, dans les cas où le péritoine et les organes du bassin ont été violemment meurtris, il n'y a pas lieu d'appliquer le traitement intrapéritonéal dans toute son intégrité, pas plus qu'il n'est logique de rechercher une réunion par première intention pour une plaie fortement contuse.

La ligature élastique peut donc être employée pour exercer une constriction forte et durable sur un pédicule réduit, en vertu de la propriété du caoutchouc de se rétracter à mesure que le volume des parties serrées diminue. Czerny, Olshausen, Fritsch et Léopold l'emploient dans ce but et obtiennent de bons résultats: d'autres chirurgiens croient pouvoir s'en passer, grâce à des moyens particuliers que nous étudierons tout-à-l'heure.

(1) Léopold. Archiv. f. Gyn. 1882, t. XX.
(2) Möller. Berlin. klin. Woch. 1882, n° 30.

Contre la septicémie, ce deuxième accident du traitement intrapéritonéal, on a essayé bien des perfectionnements qui n'ont abouti à aucune amélioration. La meilleure garantie est encore l'antisepsie appliquée dans toute sa rigueur.

La gangrène est surtout fréquente quand il s'agit d'un pédicule creux lié simplement par un cordon élastique et réduit dans le ventre ; ici l'infection est directe, elle se propage par le canal génital et donne lieu à des complications rapides de septicémie. Le ramollissement gangreneux du moignon est presque inévitable dans ces cas par suite du contact des éléments pyogènes développés dans le vagin avec les parties serrées dans la ligature.

L'usage du lien élastique prédispose-t-il à la gangrène? Il est difficile de répondre à cette question posée par Martin; toutefois Olshausen assure qu'il n'a pas observé de gangrène après la ligature élastique dans ses expériences sur des chiens. Martin est moins absolu et raconte qu'il a pu vérifier dans une autopsie le ramollissement purulent d'un moignon traité par le cordon de caoutchouc huit jours auparavant. Tauffer a aussi constaté deux faits de septicémie dans les mêmes circonstances.

Si la chirurgie a réussi à diminuer la fréquence de l'hémorrhagie dans le traitement intrapéritonéal par l'emploi de la ligature élastique, ses tentatives ont été beaucoup moins efficaces contre la septicémie résultant de la décomposition intra-abdominale du pédicule. C'est là ce qui arrêtera peut-être encore longtemps les gynécologistes dans le choix de cette méthode, car le problème est loin d'être résolu.

Schrœder avait pensé, en imaginant un nouveau mode de traitement, se mettre à l'abri à la fois de l'hémorrhagie et de la septicémie. Voyons maintenant en quoi consiste son procédé.

Méthode de Schrœder. — Le principe de cette méthode est de supprimer toute ligature du pédicule susceptible de causer la nécrose d'une partie de ce dernier et, par conséquent, la septicémie ; en même temps on se propose d'empêcher l'hémorrhagie par l'application de sutures sur la plaie utérine (1).

Le premier temps consiste en l'application de la ligature élastique provisoire afin de pouvoir opérer sans hémorrhagie. C'est généralement sur la partie voisine du col utérin qu'elle est appliquée ; mais avant d'en arriver là, il a fallu généralement sectionner les ligaments larges et isoler l'utérus, à moins toutefois qu'on ait affaire à une tumeur pédiculée ou sous-séreuse née sur le fond de l'utérus. Plaçons-nous de préférence dans l'hypothèse d'un myôme développé aux dépens du corps de l'utérus.

Pour pratiquer l'isolement de l'utérus, Schrœder place des ligatures sur les faisceaux vasculaires qui alimentent la matrice. Pour ce faire, il lie séparément d'un côté le ligament rond, d'un autre côté les vaisseaux utéro-ovariens avec le ligament infundibulo-pelvien en dehors de l'ovaire. Afin de placer le fil double sur ces parties, il conseille de regarder les ligaments par transparence et de les perforer au-dessous des faisceaux veineux utéro-ovariens qu'on est exposé à ne pas lier entièrement sans cette précaution. Après avoir sectionné la portion supérieure des ligaments larges, il passe de nouveau un double fil à la base du ligament large et à un centimètre en dehors du col, pour lier l'artère utérine : après cela, il achève de séparer l'utérus. La ligature élastique provisoire est ensuite appliquée. Depuis quelque temps, nous dit Martin, Schrœder néglige l'obli-

(1) Schrœder. Krankheit. der weibl. sex. Leipzig, 1884.
— Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1881, p. 213.
— Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1883, p. 204.

tération préalable des vaisseaux afférents quand la tumeur n'est ni intraligamentaire ni incarcérée dans le bassin. Il abrège ainsi la durée de l'opération et arrête l'hémorrhagie à mesure qu'il sectionne les ligaments. Mais la partie essentielle de la technique opératoire commence avec la séparation de la tumeur de l'organe sur lequel elle est implantée.

Le myôme est généralement détaché sans grande hémorrhagie, puisque le cordon élastique fait l'hémostase temporaire. On en profite pour tailler dans le pédicule utérin un lambeau en forme de coin, analogue à une tranche de melon, que l'on enlève aussitôt. L'étendue de la plaie dépend évidemment de la largeur de la base d'implantation de la tumeur : elle est quelquefois considérable. Il reste à rapprocher les bords de cette incision cunéiforme, ce qui se fait d'autant plus facilement que la solution de continuité est plus exiguë. Si la cavité utérine n'est pas ouverte, la suture des lèvres de la plaie juxtaposées est facile et peu longue, mais lorsque les parois de la matrice sont intéressées dans toute leur épaisseur, il n'en est plus de même et l'opération se complique. Schrœder, après avoir incisé la muqueuse utérine, la cautérise avec une solution d'acide phénique à 10 0/0 et procède aussitôt à l'affrontement de ses bords à l'aide de points de suture au catgut. Les faces de la plaie cunéiforme sont successivement juxtaposées et suturées de la profondeur vers la superficie par des séries de fils disposés en étages maintenant une coaptation très-serrée afin d'oblitérer les ouvertures béantes des vaisseaux qui se trouvent dans le tissu utérin. Plusieurs étages de fils de catgut sont successivement placés, en nombre variable suivant l'épaisseur des parois, puis le péritoine est réuni séparément au dessus de la ligne de sutures (on a eu soin, au début de l'excision, de ménager une sorte de petite manchette séreuse permettant de re-

couvrir facilement la surface du moignon). Il existe quelquefois dans l'utérus des vaisseaux assez volumineux pour nécessiter une ligature préalable, mais Schrœder reste très-réservé sur l'application de ces ligatures, il les évite autant que possible.

Il peut se faire aussi que la tumeur infiltrée dans les ligaments larges, ait nécessité pour son ablation le dédoublement de ces derniers; Schrœder poursuit alors les sutures commencées sur l'utérus vers les feuillets ligamentaires qu'il juxtapose par des points séparés et obtient, dans certains cas, une ligne demi circulaire de fils qui traversent toute l'excavation dans son diamètre transversal. Dans les cas de myômes intraligamentaires, l'opération peut-être très difficile à cause de l'impossibilité d'appliquer la ligature élastique provisoire ; il faut alors avoir recours à la compression digitale des vaisseaux souvent très pénible à réaliser. Schrœder cite un cas, où l'opérée mourut par suite de l'hémorrhagie formidable produite par la décortication d'une tumeur extrapéritonéale.

A l'appui de l'exposé de sa méthode, le 14 février 1882, à la Société de Gynécologie de Berlin, Schrœder citait 14 opérations dans lesquelles une seule fois la mort était survenue.

Procédé de Martin. — Martin est partisan de la méthode intrapéritonéale de Schrœder, mais il y a introduit certaines modifications. Il croit inutile de faire des ligatures préalables sur les annexes et commence l'excision cunéiforme dès qu'il a placé le cordon élastique autour de l'utérus. Les bords de la plaie sont également suturés par des fils disposés en étage, mais Martin ne fait pas usage de fils de catgut qui lui ont donné de mauvais résultats, il se sert de fils de soie; par ce moyen, il est toujours parvenu à conjurer toutes les hémorrhagies.

Il n'emploie pas, comme quelques chirurgiens, la cautérisation au thermocautère des bords de la muqueuse, mais se borne à la réséquer et à appliquer une éponge imbibée d'une solution de sublimé pour empêcher la pénétration du mucus utérin dans la plaie. Il attache une grande importance à l'ouverture de la cavité utérine et aux précautions que l'on doit mettre en usage pour se garantir contre les accidents qu'elle procure ; il trouve, en effet, que la mortalité dans les cas où la muqueuse est réunie par rapport à ceux où la plaie communique avec les voies génitales est dans la proportion de 1 à 2.

Il peut arriver que, malgré un affrontement exact, un écoulement sanguin persiste ; Martin emploie alors des fils de soie phéniqués doubles avec lesquels il traverse le tissu utérin au niveau du point où se fait le suintement et exerce une striction assez forte pour assurer l'hémostase. Les fils sont quelquefois en nombre considérable ; Schrœder en plaça jusqu'à cinquante-six. Martin croit, du reste, qu'ils ne causent aucun trouble ; ils s'éliminent quelquefois après des mois et des années par le rectum, la vessie, le vagin, ou bien par la plaie abdominale. Toutefois beaucoup de chirurgiens reprochent à la méthode de Schrœder la profusion des sutures qui peut causer des accidents, même après l'emploi des fils de catgut. M. Jules Bœckel (1) soutient que le catgut abandonné dans le ventre ne se résorbe pas toujours et il cite deux observations dans lesquelles des fils de ce genre causèrent un phlegmon profond et une péritonite. M. Terrier (2) a observé aussi que les fils appliqués sur les pédicules ne se résorbaient pas constamment et pouvaient causer des troubles consécutifs, comme dans une observation de M. Quénu. Peut-être

(1) J. Bœckel. Gaz. méd. de Strasbourg, 1885, p. 75.
(2) Terrier. Bull. soc. chir. 4 nov. 1885.

l'abandon des fils de soie ou de catgut même désinfectés, n'est-il pas sans influence sur la présence des phénomènes de purulence et de septicémie qui surviennent si fréquemment après la réduction. Wœlfler a constaté que la plaie utérine ne se réunissait pas toujours par première intention à cause de l'irritation causée par la présence des corps étrangers. Dans les tumeurs sous-ligamentaires, Martin préfère employer le drainage par le vagin, contrairement à Schrœder qui cherche autant que possible à oblitérer la cavité par la juxtaposition de ses parois et juge le drainage indiqué seulement dans des cas assez rares. Si le myôme est intraligamentaire et si la cavité qui persiste est très étendue, Martin en suture les parois avec les bords de la plaie abdominale et draine l'espace pelvien après l'avoir séparé de la suture utérine qu'il a appliquée.

Procédé de Léopold. — C'est surtout dans la suture séparée du péritoine et dans le mode d'affrontement des bords de la plaie utérine que réside le perfectionnement apporté par Léopold (1) à la méthode de Schrœder. Pour cet auteur, les dangers de septicémie, de gangrène du moignon suturé n'existent plus aujourd'hui, grâce à l'emploi des antiseptiques (opinion qui nous semble très hasardée et peu justifiée par les statistiques), il ne reste plus à combattre que l'hémorrhagie. Léopold croit pouvoir l'éviter par les moyens suivants :

Il applique d'abord, après avoir refoulé la vessie, le lien élastique autour du col de l'utérus, puis fait tenir les extrémités de ce lien par un aide, pendant qu'un autre refoule l'utérus par le vagin ; le but de cette manœuvre est de comprendre dans la ligature provisoire l'utérus et ses annexes pour ne pas avoir à s'occuper de l'hémostase. Quand la section des ligaments larges

(1) Vœlfler. Wien. med. Woch. 1885, n° 25.
(2) Léopold. Archiv. f. Gyn. 1882, t. XX, H. I.

est nécessaire pour l'enlèvement de l'utérus, Léopold place d'abord sur eux des ligatures au fil de soie et les sépare de la tumeur. Il dissèque ensuite à environ 6 centimètres au-dessus du cordon élastique une manchette péritonéale circulaire, destinée à recouvrir le pédicule et la rabat comme on le ferait d'un lambeau dans une amputation de bras. La tumeur est ensuite sectionnée au niveau de l'extrémité adhérente de la manchette, puis on régularise la surface de section au bistouri en énucléant les noyaux fibreux qu'elle présente. La muqueuse de la cavité utérine est cautérisée au chlorure de zinc, puis les sutures sont appliquées sur la muqueuse, sur le tissu utérin dont les bords ont été légèrement évidés en forme de coin et enfin sur le péritoine. Ce dernier est suturé séparément en adossant les surfaces lisses l'une à l'autre au-dessus du moignon. Pour éviter l'écoulement de sang qui résulte de la présence des artères utérines dans le pédicule, on traverse le col avec un double fil de soie phéniqué qui est noué solidement de chaque côté, puis, s'il est nécessaire, on ajoute de nouvelles sutures profondes pour empêcher tout suintement sanguin. A l'appui de ce procédé, Léopold rapporte 8 observations avec 2 morts survenues dans un cas, par septicémie, dans l'autre cas, par épuisement.

Procédé de Geza von Antal. — Le principal élément d'insuccès à combattre est l'hémorrhagie, disait Antal (1) au Congrès de Buda-Pesth ; c'est pourquoi, à l'exemple de Spencer Wells, il proposa la ligature isolée des vaisseaux à la surface de la plaie utérine. Son procédé est peu différent de celui de Schrœder, car il suture séparément aussi la muqueuse du canal génital ; mais les ligatures au catgut qu'il place sur les vais-

(1) Antal. Centralb. f. Gyn., 1882, n° 30.

seaux permettent de diminuer le nombre des sutures destinées à l'affrontement des bords de la plaie; de plus, le péritoine n'est pas réuni à part, les fils qui le traversent pénètrent de 1 centimètre environ dans le muscle utérin. Malheureusement, les quatre opérations dont ce chirurgien faisait la relation au Congrès s'étaient terminées par la mort. En 1882, Antal revenait sur les avantages de son procédé dont il vantait l'efficacité au point de vue de l'hémostase, insistant surtout sur l'innocuité des ligatures faites sur les vaisseaux dans la plaie utérine et sur l'utilité de substituer à l'ovariectomie la ligature atrophiante des ovaires qui n'expose pas aux écoulements sanguins après l'excision des nombreux vaisseaux contenus dans le mésovarium.

Procédé de Kovacs. — C'est aussi sur la ligature des vaisseaux dans la plaie que Kovacs (1) appelle l'attention; quand l'hémostase est ainsi assurée, la suture des bords de l'entonnoir que ce chirurgien crée à la surface du pédicule peut être pratiquée sans le secours d'un grand nombre de fils, dont l'abandon dans les tissus expose toujours à certains risques. Suivant l'épaisseur du pédicule, sa vascularité, on pourra employer les sutures en étages profondes ou simplement les sutures superficielles.

Procédé Waslowsky-Thiriar (2). — Ce procédé consiste à tailler sur la base de la tumeur deux lambeaux comprenant non seulement le péritoine, mais encore une certaine portion de tissu utérin. Ces lambeaux sont suturés l'un à l'autre, de façon à ne laisser aucune solution de continuité qui puisse favoriser un suintement de liquide dans le péritoine. Thiriar suture aussi toutes les déchirures faites sur les ligaments, afin de rendre au péritoine toute sa continuité.

(1) Kovacs. Wien. allg. med. Zeit. 1879, p. 537.
(2) Thiriar. Rev. de chir. fév. 1885, p. 172.

Procédé d'Olshausen. — Jusqu'ici nous n'avons signalé que les procédés de réduction avec suture de la plaie utérine sans application de la ligature élastique permanente. Olshausen (1), après avoir employé la méthode de Schrœder, reconnut qu'elle ne mettait toujours à l'abri de l'hémorrhagie et que, de plus, elle n'était pas applicable dans tous les cas. Cet auteur cite des circonstances dans lesquelles il dut renoncer à pratiquer l'incision cunéiforme pour des tumeurs volumineuses infiltrées dans les ligaments et prenant sur l'utérus une insertion étendue. Dans d'autres circonstances, il peut se faire que la plaie utérine soit tellement large que les tentatives de réunion des bords déterminent une déchirure dans la profondeur de l'organe ; il serait préférable alors de ne pas faire de sutures. C'est pour obvier à ces inconvénients qu'Olshausen imagina son procédé qu'il appliqua pour la première fois en juillet 1881.

Il plaça autour du pédicule de la tumeur un drain de caoutchouc de 8 millimètres d'épaisseur, en fit deux fois le tour, et maintint le degré de tension par trois nœuds successifs et un fil de soie. Ce drain fut ensuite cousu en deux points différents avec le pédicule, pour empêcher son glissement. La tumeur fut ensuite enlevée ; une incision cunéiforme pratiquée à 3 centimètres au-dessus du lien ne permit d'affronter qu'imparfaitement les bords de la plaie, parce que sa profondeur n'était pas suffisante pour permettre la réunion sans des tiraillements excessifs.

Olshausen conseille de ne pas prendre le soin de revêtir le moignon avec le péritoine, car la plaie n'est pas assez vasculaire pour qu'il y ait à craindre une résorption de principes septiques ; au contraire, elle est plutôt destinée à se nécroser peu à peu, sous l'influence du lien qui l'enserre. Il suffirait donc, pour ce chirur-

(1) Olshausen. Deutsch. Zeits. f. Chir. 1881, p. 171.

gien, de placer autour du pédicule utérin une ligature élastique et de l'abandonner ainsi dans le ventre. Cette méthode serait pour lui la plus simple, la plus pratique et la plus sûre; elle devrait être préférée à tout autre procédé. Schwarz (1), rapportant les résultats de la pratique d'Olshausen, avait déjà montré que les ligatures placées sur les annexes de l'utérus pour faire l'hémostase, étaient généralement bien tolérées, et qu'elles pouvaient être employées aussi bien pour l'hystérectomie abdominale que pour l'hystérectomie vaginale.

Olshausen est loin toutefois de recommander la réduction du pédicule avec ligature élastique dans tous les cas, il emploie lui-même souvent la méthode de Schrœder et même le traitement extrapéritonéal (obs. 9 de ses tableaux). Dans un mémoire récent il se montre éclectique et envisage surtout les difficultés que peut causer le traitement des pédicules creux. Quand on adoptera le traitement intrapéritonéal avec ligature élastique permanente, on aura soin après avoir régularisé la section utérine, d'exciser la muqueuse, de la décoller légèrement, puis de la suturer. Ahlfeld a imité cette manière de faire et n'a eu qu'à s'en féliciter. Les sutures peuvent ne pas être placées sur le tissu utérin, mais à condition de laver la plaie avec une solution d'acide phénique et de recouvrir sa surface avec de la poudre d'iodoforme. Olshausen se prononce contre le drainage des cavités interligamentaires; il suffit de nettoyer la poche et de la suturer après l'avoir recouverte de péritoine.

Fischer (2) a eu l'occasion de faire une myomectomie par un procédé analogue à celui d'Olshausen. Il rencontra un pédicule de la largeur de la main, sur lequel il plaça une ligature élastique, puis sutura les lèvres

(1) Schwarz. Arch. de gyn., t. XVII, H. 3.
(2) Fischer. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XVII, p. 417.

de la plaie recouvertes de péritoine. Il recommande ce moyen d'éviter l'hémorrhagie et les accidents septiques, mais il reconnaît cependant que dans les conditions spécifiées par Olshausen, la suture des bords de la section peut ne pas être possible et alors la surface d'excision du pédicule doit être abandonnée dans le ventre après avoir été cautérisée. Il craint que dans ces circonstances, la plaie ainsi laissée à découvert dans la cavité pelvienne n'absorbe des produits morbides, capables de déterminer des phénomènes de septicémie, ou que cette plaie ne contracte avec une anse intestinale des adhérences assez intimes pour causer des accidents d'occlusion, comme Hégar et Kaltenbach en citent un cas dans leur ouvrage.

Kaltenbach (1) a imaginé un procédé particulier pour éviter l'hémorrhagie et la gangrène. Après avoir taillé le pédicule en entonnoir, il place des ligatures élastiques sur les parties latérales du col et sur les ligaments voisins, mais il laisse la portion centrale sans ligature. Il suture ensuite les lèvres de l'entonnoir. Dans un cas que cet auteur rapporte, il observa quand même une gangrène du moignon.

Küster (in Bourwieg) pratique la réduction du pédicule par le procédé de Schrœder, mais au lieu de la ligature élastique provisoire, il se sert de la chaîne d'écraseur qui offre l'avantage de glisser moins facilement. Il compte 9 guérisons sur 15 observations. Rose (2) a adopté le manuel opératoire de Schrœder, mais il tient surtout à la suture du péritoine pour protéger la plaie et il forme pour cela deux lambeaux qu'il taille sur la tumeur.

Enfin nous devons énumérer, pour être complet, les procédés anciens de réduction des pédicules liés seule-

(1) Operat. gyn. 1886.
(2) Rose. Deutsch. Zeits. f. Chir., t. XIX, p. 24.

ment avec des fils de soie phéniqués : ils ne sont plus employés de nos jours que pour les pédicules minces ou pour ceux que l'on peut fragmenter facilement et réduire sans crainte d'hémorrhagie.

Billroth, Czerny, Weinlechner se servent, pour préparer la gouttière dans laquelle le fil doit être placé, de compresseurs spéciaux ; puis, sûrs de ne pas voir survenir un glissement du lien constricteur, ils réduisent sans crainte. Tantôt, c'est l'application préalable d'une anse métallique maintenue avec un serre-nœud qui trace la rainure où doit être placé le fil de soie (Czerny). Lawson Tait emploie des moyens analogues ; sur 4 hystérectomies, il a eu 2 guérisons. M. J. Bœckel a eu l'obligeance de nous communiquer une observation d'hystérectomie, dans laquelle la réduction fut tentée après formation de quatre faisceaux dans le pédicule, à l'aide de fil de soie. Homans (1) pense que le traitement intrapéritonéal peut souvent être appliqué d'une façon analogue à ce que l'on fait pour l'ovariotomie, mais il insiste surtout sur la cautérisation du moignon, qu'il répète à plusieurs reprises jusqu'à ce que la surface ait la consistance du cuir (as sole-leather).

Marcy (2) emploie la méthode de Schrœder, mais lui a fait subir quelques modifications. Pour éviter l'hémorrhagie et en même temps la nécrose du moignon que la ligature élastique amène souvent, il a imaginé un mode de suture particulier qu'il pratique après hémostase provisoire par le lien de caoutchouc ordinaire. Il se sert d'une aiguille spéciale dont le chas se trouve très rapproché de la pointe à l'aide de laquelle il fait autour du moignon une suture en point de cordonnier. Il suffit d'introduire l'aiguille chargée d'un fil dans les

(1) Homans. Bost. med. and surg. Journ. 1885, t. I, p. 313.
(2) Marcy. Boston med. and. surg. Journ. 1885, t. I, p. 318.

tissus, de saisir le fil entraîné et de charger de nouveau le chas avec le second chef du même fil avant de retirer l'instrument. On a ainsi un point de cordonnier que l'on peut répéter jusqu'à ce que tout le moignon ait été lié. Marcy croit que, par ce moyen, les tissus ne sont pas privés des apports nutritifs qui leur sont nécessaires, quoique les vaisseaux d'un certain volume soient tous oblitérés ; le rapprochement des points de suture est une garantie de plus contre l'hémorrhagie, mais il est aussi quelquefois une cause de sphacèle plus rapide.

Nous pourrions encore énumérer quelques procédés de réduction du pédicule qui tous ne sont que des modifications de ceux que nous avons exposés, mais nous avons accordé assez d'importance à la description de la méthode intrapéritonéale, nous devons maintenant apprécier ses avantages et ses inconvénients.

L'*hémorrhagie* que nous avons déjà signalée au début de ce paragraphe pour montrer quel était le but des diverses méthodes, a toujours été le principal obstacle à la réduction ; nous avons vu que les moyens multiples proposés contre elle n'ont encore abouti qu'à diminuer sa fréquence. Sur les 32 cas de pédicules intrapéritonéaux qui figurent dans nos tableaux d'amputation supra-vaginale, nous trouvons l'hémorrhagie désignée trois fois comme complication mortelle. Dans les cas de réduction du pédicule dans l'hystérectomie sus-vaginale, l'hémorrhagie grave survient donc au moins dans une proportion de 9,6 0/0. Dans quel cas l'hémorrhagie sera-t-elle surtout à redouter? Certains chirurgiens ont prétendu que l'excision des parties supérieures du corps de l'utérus donnait des hémorrhagies tellement fortes qu'il y avait lieu de préférer l'amputation supra-vaginale. Nous croyons que les progrès de l'hystérectomie ont suffisamment jugé déjà cette opinion un peu précaire.

Il y a des cas où l'hémostase est difficile à obtenir après une plaie superficielle du tissu utérin; tous les gynécologistes en connaissent des exemples et l'on ne saurait les discuter. Poinsot (1) fut témoin d'une hémorrhagie mortelle qui survint après la réduction dans le ventre, d'un pédicule mince divisé en 2 faisceaux.

Il nous suffira de rappeler le fait de Hégar qui, voulant enlever un myôme pédiculé adhérent à une corne de l'utérus, ne put se rendre maître de l'hémorrhagie et dut amputer au niveau du col.

Mais il ne faudrait pas conclure de là que les dangers d'hémorrhagie consécutive sont moindres dans l'hystérectomie sus-vaginale, car, dans ces conditions, on doit redouter des pertes de sang par les nombreux vaisseaux que l'on a dû sectionner, artères utéro-ovariennes et utérines. Au lieu d'un pédicule formé uniquement de tissu utérin comme dans l'amputation partielle, on a en plus, dans le second cas, des ligatures nombreuses, jetées sur les ligaments larges.

Si l'on se reporte à nos tableaux d'amputation partielle et d'amputation sus-vaginale, on trouvera que l'hémorrhagie n'est pas signalée dans le premier cas et qu'elle a causé trois morts dans le second. La conclusion est donc facile à tirer.

Nous voudrions pouvoir établir quels sont les procédés de traitement intrapéritonéal exposant le plus aux pertes de sang, mais nous manquons des éléments nécessaires pour la solution du problème. Nous avons recueilli fort peu de faits où le traitement de Schrœder ait été appliqué dans toute sa rigueur, nous ne pouvons donc pas établir de proportion. Les trois décès par hémorrhagies signalés dans nos observations sont surve-

(2) Poinsot. Revue de chir. 1824, p. 45.

nus chez les opérées de Küster (2), à la suite de l'application de méthodes que nous n'avons pu connaître.

Toutefois on peut dire que c'est le procédé d'Olshausen qui paraît mettre le mieux à l'abri de la perte de sang par le pédicule. La méthode de Schrœder, au contraire, a quelquefois donné des accidents mortels par hémorrhagie. Le suintement sanguin qui se produit lentement entre les bords affrontés de la plaie utérine peut continuer longtemps, surtout si le vaisseau qui saigne est assez volumineux; d'autre part il est possible que ce suintement de liquide ne se produise qu'au bout de quelques instants, au moment où le chirurgien trop confiant a déjà fermé la cavité abdominale. Les pertes de sang les plus insignifiantes ont, dans les conditions où nous nous plaçons, des conséquences graves; c'est ainsi qu'on ne doit pas négliger les petites hémorrhagies qui se produisent par les orifices de pénétration des fils dans le tissu utérin.

Quiconque a assisté un chirurgien dans une hystérectomie a pu remarquer avec quelle abondance le sang s'écoule quelquefois d'une simple piqûre intéressant un vaisseau de l'enveloppe séreuse de la tumeur ; il en est de même quand on place les sutures sur l'utérus par le procédé de Schrœder, surtout, si l'opérateur non prévenu, fait usage d'aiguilles trop volumineuses.

Nous ne serions pas plus rassuré en prenant comme traitement du pédicule une des méthodes dérivées de celle de Schrœder. Les procédés de Léopold, de Martin, etc., en se proposant de simplifier la disposition des sutures, augmentent aussi dans une certaine mesure les chances d'hémorrhagies, car moins les bords de l'incision cunéiforme sont appliqués l'un contre l'autre, plus le sang s'épanche facilement à l'extérieur. C'est surtout dans le procédé de Léopold que l'on remarquera

(3) Küster. In Bourwicg. Loc. cit.

sur le moignon ces hématomes sous-séreux décrits par certains chirurgiens. Pour la même raison on pourra rencontrer des hématomes sous-muqueux, car le sang épanché entre les lèvres du tissu utérin trouve d'un côté le péritoine, de l'autre côté la muqueuse suturés à part et s'accumule entre ces membranes et le muscle en formant une collection plus ou moins considérable.

Nous ne pouvons insister plus longuement sur les hémorrhagies du pédicule réduit sans dépasser les limites que nous nous sommes tracées ; nous avons d'ailleurs déjà montré par quels moyens les chirurgiens étaient arrivés à diminuer la fréquence de ces accidents dans la méthode intrapéritonéale.

La septicémie figure avec un coefficient énorme dans les tables de léthalité de la méthode intrapéritonéale. D'après nos observations, nous pourrions dire qu'elle est de beaucoup l'accident le plus redoutable après la réduction du pédicule. En considérant encore nos tableaux d'amputation supra-vaginale qui comptent 32 cas de réduction dans l'abdomen, nous trouvons que la septicémie est coupable de 7 morts sur 17. Elle survient donc 22,3 fois sur 100 pédicules réduits, proportion considérable qui nous donne une juste idée de la gravité de cette complication. Nous avons fait rentrer, il est vrai, dans ce calcul tous les cas de mort par péritonite septique bien avérée; malgré cela nous croyons encore être au-dessous de la vérité, car combien de fois les auteurs négligent-ils de relater dans leurs observations la cause de la mort de leurs opérées ou les symptômes de septicémie survenus sans entraîner l'issue fatale. Sur 80 observations de myomotomie publiées par Hofmeier, nous relevons 9 fois la septicémie et la péritonite septique comme causes de la mort, soit 11,2 fois sur 100 cas. Bourwieg, qui donne dans sa thèse les résultats de Küster, accuse 6 morts sur 15 opérations avec réduction du

pédicule, 2 fois par septicémie, 3 fois par hémorrhagie; une fois par choc. Par quel mécanisme se produit donc la septicémie?

Elle peut provenir de deux causes : l'une dépendant des lésions produites dans l'abdomen pendant l'extirpation de la tumeur, cause purement opératoire, l'autre résultant des transformations nécrosiques du pédicule réduit.

Möller, Olshausen, Léopold ont signalé des exemples de résorption purulente et de phénomènes septicémiques à la suite d'abcès ou de phlegmons survenus dans la cavité pelvienne après l'hystérectomie et ayant pour origine un corps étranger, un fil de ligature généralement. Briddon (1), ayant oublié une éponge dans la fosse iliaque, vit mourir sa malade d'accidents consécutifs. Kottmann (2) observa un phlegmon des ligaments larges après l'énucléation d'une tumeur qui y était renfermée. On voit donc que les ablations pénibles de tumeurs incarcérées dans le bassin prédisposent aux complications phlegmoneuses; c'est pour cette raison que Bardenheuer propose le drainage prophylactique, que Martin, Schrœder, Sims, Keith et la plupart des chirurgiens assurent l'écoulement des liquides dans les circonstances où l'opération a été difficile. Nous avons déjà appelé l'attention sur cette forme d'accidents inflammatoires et septicémiques à propos des inconvénients de la méthode extrapéritonéale; nous avons parlé aussi à ce moment des péritonites septiques succédant à l'acte opératoire et ayant pour origine l'introduction de produits purulents dans la cavité abdominale.

Mais la cause la plus fréquente de la septicémie est sans contredit la gangrène du pédicule. Il est sur ce sujet un grand nombre d'expériences que nous pourrions

(1) Briddon. New-York med. Journ. 14 févr. 1885.
(2) Kottmann. Correspond. f. Schweizer Aertze. Janvier 1882.

citer; nous nous bornerons à rappeler celles de Spiegelberg et Valdeyer publiées en 1868; dans les *Archives* de Virchow, celles de Halvachs et de Rosenberg, celles de Hégar, d'Olshausen dont nous avons eu l'occasion de parler. De tous ces travaux, il résulte que des ligatures placées sur des portions d'utérus de chiennes, par exemple, et réduites dans l'abdomen, avec les précautions antiseptiques actuelles, n'ont causé aucun trouble. On voit se former sur la surface de section un exsudat fourni par les parties voisines et à l'aide duquel les tissus du moignon se nourrissent par imbibition ; puis des vaisseaux apparaissent dans les adhérences formées et la nutrition de la portion ligaturée est dès lors assurée. Au lieu d'adhérer aux tissus voisins, la partie placée au-dessus de la ligature peut s'unir avec la portion située au dessous, grâce à la constriction exercée par le lien. Le rétablissement de la circulation se fait comme dans le cas précédent. Voilà un premier mode de persistance de la vitalité du moignon. D'ailleurs, pour Thornton, les vaisseaux capillaires ne seraient pas oblitérés par la ligature et pourraient suffire à la nutrition de l'extrémité du pédicule dans la plupart des cas; il est toutefois plus fréquent d'observer l'effet inverse, car, alors même qu'une portion du moignon n'est pas entièrement privée de circulation, on voit souvent survenir la gangrène. Kaltenbach essaya un jour de lier partiellement un pédicule dont la partie centrale garda sa circulation normale. Les parties latérales du col ainsi que les ligaments et les vaisseaux spermatiques furent seuls liés avec des fils élastiques. Malgré une désinfection attentive du canal vaginal, la gangrène du pédicule commença. Un abcès se forma à sa périphérie, s'ouvrit à l'extérieur et une anse intestinale vint s'engager dans sa cavité ; il en résulta une occlusion intestinale et la mort. Sänger proposait à la Société de gynécologie de Berlin, d'évi-

ter le sphacèle du moignon en serrant modérément le cordon élastique afin de ne pas oblitérer tous les vaisseaux. Ce moyen, dangereux s'il en fût, n'eut pas grand succès ; il semble même qu'il n'ait pas donné de bons résultats à son inventeur.

On a constaté bien des fois, à l'autopsie, des moignons entièrement nécrosés, mais durs et sans aucune trace de décomposition putride; ils étaient enkystés dans les tissus. Ces circonstances se présentent surtout chez des malades d'une constitution saine et après une opération faite dans de bonnes conditions ; généralement aussi dans ces cas, une portion peu considérable de l'utérus a été enlevée et sa cavité n'a pas été ouverte.

D'après les travaux récents, nous pouvons dire que les conditions nécessaires pour que la gangrène du pédicule s'établisse tiennent : 1° à ce que le moignon ne possède pas en lui-même ou ne peut puiser dans les tissus voisins une nutrition suffisante pour assurer sa vitalité; 2° à ce qu'il a subi l'influence du germe putride qui détermine sa décomposition.

La première condition ne peut conduire à la gangrène sans que la seconde soit remplie, celle-ci existant seule peut quelquefois causer dans les parties où la résistance vitale est affaiblie, des désordres aboutissant à la septicémie. D'où peut donc provenir le principe phlogogène et putride qui produit la gangrène? Il faudrait, pour trouver une réponse à cette question passer en revue tous les travaux et les discussions de ces derniers temps sur la septicémie (Académie de médecine), nous ne le ferons pas. Disons seulement que ce germe prend le plus souvent naissance dans les cavités comme le vagin, par exemple, où les décompositions et les fermentations sont habituelles : c'est ce qui nous explique l'influence nocive de l'ouverture de la cavité utérine pendant l'hystérectomie. Ces germes peuvent

avoir été introduits, pendant l'opération, comme le dit Mikulicz (1), par les mains ou les instruments de l'opérateur, ou bien il faut admettre, comme M. Verneuil (2) et Kocher (3), qu'il existe dans l'organisme des colonies de microorganismes qui constituent un état de *parasitisme microbique latent*, sous l'influence duquel la nécrose, au lieu d'être aseptique, prend la forme putride. Toutes ces causes sont bien réelles et doivent nous expliquer le mode d'évolution de la gangrène. Peuvent-elles aussi nous enseigner le moyen de la prévenir? Le remède est difficile à découvrir; celui qui est le plus puissant, dont on sait disposer avec le plus de fruit, est l'antisepsie. Grâce à elle, on a pu conjurer en partie les dangers de l'introduction des germes septiques pendant l'opération; on a donc pu supprimer à peu près complètement une des trois causes que nous avons admises, mais il en reste deux autres que l'on a combattues avec plus ou moins d'efficacité. Contre le microbisme latent, nous sommes presque désarmés, car ce n'est pas au moment où une femme vient de subir une hystérectomie qu'on peut songer à augmenter la résistance de son organisme, d'autre part le chirurgien ne peut prévoir cette prédisposition morbide qui ne se révèle par aucun signe extérieur. Quant à l'introduction des germes putrides par le canal génital, elle est peut-être plus facile à prévenir, cependant aucun moyen jusqu'ici n'a pu mettre complètement à l'abri de son influence. Nous avons vu que le traitement de Schrœder, pas plus que celui de Spencer Wells et des autres partisans de la méthode intrapéritonéale, n'était parvenu à en affaiblir la gravité. Alors même que l'on pourrait espérer imposer une barrière

(1) Mickulicz. Archiv. de Langenbeck. Bd. 26, H. I.
(2) Verneuil. Acad. de médecine, 23 fév. 1886.
(3) Kocher. Rev. méd. de la Suisse romande, 1881, p. 655.

à l'infection venue du dehors, il resterait encore à supprimer celle qui nait spontanément de l'organisme et sur ce point, sans nul doute, nous serons encore bien longtemps impuissants !

A côté de ces inconvénients, le traitement intrapéritonéal offre dans quelques cas bien des avantages, il se recommande surtout par sa simplicité et par la rapidité de la guérison. Chaque fois que nous la trouvons signalée dans les observations, nous apprenons qu'elle est survenue du 15e au 20e jour.

La réduction du pédicule peut non-seulement aboutir à une prompte guérison, mais elle supprime encore tous les inconvénients qui persistent après l'emploi de la méthode rivale, les tiraillements de la cicatrice, la suppuration longue, etc.; elle constituerait, sans la gravité des accidents qui l'accompagnent, une méthode idéale analogue à l'ovariotomie actuelle, mais malheureusement les succès sont accompagnés de nombreux revers même dans les statistiques des chirurgiens les plus versés dans la pratique du traitement intrapéritonéal.

Schrœder, qu'il faut toujours consulter en pareille matière, annonce sur 80 cas de mymotomies avec ou sans ouverture de la cavité utérine, 9 morts par septicémie, soit une mortalité de 11,2 0/0. D'après Hofmeier, sur 21 amputations partielles sans ouverture du canal génital, 2 opérées moururent, soit (9,5 0/0), tandis que sur 58 amputations supra-vaginales, on compte 18 décès, soit 31 0/0.

Ces chiffres nous indiquent suffisamment ce qu'il faut penser de l'opinion accréditée, il y a quelques années, de préférer l'amputation supra-vaginale à l'amputation partielle. Knowsley Thornton et Bantock se sont déjà élevés contre cette croyance erronée. Küster, partisan du traitement de Schrœder, fit 15 fois l'amputation supra-vaginale et nota 6 morts, soit 40 0/0. En

février 1882, à la Société de gynécologie de Berlin, Schrœder ne notait qu'une mort sur ses quatorze dernières opérations et elle était due à la septicémie. Léopold (1), en 1882, avait employé six fois la réduction du pédicule et n'avait observé que deux morts. Dans un de ces cas la malade avait succombé par épuisement; dans l'autre cas (obs. 27 de ses tableaux), la mort était due aux adhérences que la tumeur avait contractées avec les organes du petit bassin et aux difficultés opératoires. Il pense que son procédé expose moins que les autres aux hémorrhagies et à la septicémie.

Olshausen (2), en 1881, signalait déjà plusieurs applications heureuses de son procédé; mais, en 1882, il apporta 17 nouveaux faits avec 6 morts. Trois fois la septicémie est signalée comme accident mortel, le choc une fois seulement. Dans un cas, un des uretères fut lié à la base d'un ligament large et la malade succomba. Fritsch (3), qui a employé une méthode à peu près semblable à celle de Schrœder, rapporte 4 observations avec trois guérisons; le seul cas de mort qu'il observa survint après une hémorrhagie légère et surtout à cause des difficultés de l'opération.

Si nous comparons maintenant la mortalité des divers procédés à l'aide des faibles éléments dont nous disposons, nous trouvons que Schrœder, d'après Hofmeier, arrive à un chiffre de mortalité de 32 0/0, que Léopold (6 cas seulement) obtient 33 0/0 et Olshausen (18 cas d'Olshausen et 4 de Fritsch) 31,8 0/0. On trouve dans le Traité des tumeurs de l'ovaire de Sp. Wells, que ce chirurgien avait pratiqué 16 fois l'hystérectomie par sa méthode, avec 5 morts; si on ajoute 7 nouvelles observations mentionnées dans son nouveau livre sur le

(1) Léopold. Archiv. f. Gyn. 1882, t. XX, p. 91.
(2) Olshausen. Klin. Beitr. zur Gyn. 1884, p. 86.
(3) Fritsch. Centr. f. Gyn. 1783, p. 471.

diagnostic et le traitement des tumeurs abdominales, on arrive au total de 23 hystérectomies avec réduction du pédicule, sur lesquelles il y a 7 morts. La moyenne de léthalité est de 30,4 0/0. Nous voyons donc que les résultats sont à peu près équivalents ; nous manquons de matériaux suffisants pour pousser plus loin notre critique ; contentons-nous de dire que tous les procédés de la méthode intrapéritonéale sont encore à l'essai, les transformations qu'ils subissent chaque jour ; en nous montrant leur inconstance, nous font voir aussi qu'ils sont bien imparfaits et qu'ils sont destinés à être encore bien des fois modifiés par le chirurgien.

III. — MÉTHODE MIXTE DE TRAITEMENT DU PÉDICULE.

Les chirurgiens qui n'osaient se confier à la méthode intra-péritonéale, dans les cas embarrassants où la fixation du pédicule dans la plaie abdominale n'était pas possible, devaient chercher une *méthode intermédiaire* capable de leur donner les avantages de la réduction et la sécurité de l'exposition du moignon à l'extérieur. C'est dire que la méthode mixte n'est pas née d'hier, car elle est aussi ancienne que les deux modes de traitement rivaux qui lui ont donné naissance.

Tous les procédés consistant à réduire entièrement ou partiellement le pédicule, tout en permettant de le surveiller par la plaie abdominale ou par le vagin, rentrent donc dans la méthode mixte. Le premier et le plus simple, appliqué par les chirurgiens qui firent les premières hystérectomies, consistait en l'application d'une ligature sur le pédicule, dont on faisait la réduction, et en la fixation des extrémités des fils constricteurs dans l'angle inférieur de la plaie. Certains gynécologistes ne dédaignent pas aujourd'hui encore de se servir de ce moyen très simple qui a pu donner des succès, mais qu'il

faut reconnaître incapable de rendre souvent de grands services. Fort (1), de Rio de Janeiro, utilisa encore ce procédé en 1883. Il se servit en outre d'un drain en verre qu'il glissa dans le cul-de-sac de Douglas. Sa malade guérit.

En 1877, Kleeberg, d'Odessa, se servait de la ligature élastique placée sur le moignon d'une tumeur utérine, faisait la réduction et ramenait les bouts du lien de caoutchouc dans la plaie, à côté de quatre autres drains de même nature. C'était déjà un progrès considérable.

Procédé de Billroth. — A la même époque, Billroth (2) imaginait dans un cas embarrassant, un procédé qui devait être perfectionné plus tard. Une malade s'était présentée à ce chirurgien avec une tumeur utérine volumineuse. Après hémostase provisoire à l'aide de la chaîne d'écraseur et enlèvement de la tumeur, il trouva un pédicule trop court pour être fixé au dehors de l'abdomen par la méthode extrapéritonéale. Il le lia alors en deux moitiés avec deux cordonnets de soie et cautérisa la surface de section. Puis il fixa chacun des fils de soie qui avaient servi à la ligature aux bords de la plaie abdominale qu'il traversa à 2 centimètres environ de l'incision. Le pédicule se trouva ainsi suspendu au-dessous de la paroi ; la réunion de la plaie fut alors commencée et, au niveau du moignon, des points de suture réunirent le pédicule avec les bords de l'incision abdominale, de telle sorte qu'il y eut renversement des lèvres cutanées et occlusion complète de la cavité abdominale. La malade guérit. Telle est l'observation qui semble avoir inspiré Hacker et Wœlfler pour la description des procédés que nous aurons à examiner tout à l'heure.

Procédé de Moore. — Letousey (3), dans sa thèse, rap-

(1) Fort. Gaz. des hôpitaux, 1883, n° 10.
(2) Billroth in Wœlfler. Arch. f. klin. chir. v. Langenbeck.
(3) Letousey. Thèse de Paris, 1879, p. 51.

porte un procédé dont s'est servi Moore, de Rochester. Ce chirurgien taille sur la base de la tumeur un lambeau péritonéal en forme de manchette qu'il dissèque jusqu'au niveau du point où la tumeur doit être sectionnée. Après l'ablation de cette dernière, il pratique l'hémostase en jetant des ligatures sur les vaisseaux, puis suture les bords de la manchette à la plaie abdominale. Un drainage est ensuite établi dans l'entonnoir au fond duquel se trouve le moignon.

Procédé de Küster. — E. Küster (1), de Berlin, imagina un procédé à peu près semblable ; le manuel opératoire seul diffère de celui de Moore. On traite l'entonnoir formé par la manchette comme on traiterait la cavité résultant de l'inclusion d'un myôme dans les ligaments larges ; la guérison s'obtient par bourgeonnement et se fait en général assez lentement. Küster n'hésite pas à faire le drainage abdomino-vaginal dans le cas où la cavité utérine est ouverte. Les fistules sont très fréquentes par ce procédé en raison de la présence à la surface du moignon de l'ouverture du canal génital souvent très dilaté par l'hypertrophie utérine que détermine la présence d'une tumeur fibreuse.

Procédé de Schwarz. — Dans son travail déjà cité, Schwarz (2) propose un procédé auquel il prête l'avantage de garantir la cavité péritonéale contre l'irruption des produits gangrénés du pédicule et de ne pas exposer aux phénomènes de rétraction de la paroi abdominale. Il place une ligature élastique provisoire à la base de la tumeur, taille une manchette comme dans les procédés précédents, mais avec la précaution de la disséquer jusqu'au point du pédicule où il veut appliquer la ligature définitive. La tumeur est alors sectionnée à une distance

(1) Küster. Centr. f. Gyn., 1884, n° 1.
(2) Schwarz. Centr. f. Gyn., 1881, p. 291.

assez grande de la base de la manchette, puis aussitôt on enroule autour du moignon et à l'intérieur de cette manchette un fil élastique qui doit rester en permanence. On suture la cupule péritonéale au péritoine pariétal comme dans le procédé de Hégar, en ayant soin, s'il est nécessaire, de renforcer ces moyens d'union par des fils qui unissent les bords de la plaie abdominale au pédicule lui-même. C'est encore là, comme on le voit, un mode de traitement par *suspension* du moignon analogue à celui que Billroth avait pratiqué en 1877, avec cette différence que les parties séreuses, dans le procédé de Schwarz, sont adossées l'une à l'autre et qu'une ligature de sûreté est placée sur le pédicule. Malgré le peu de solidité que semblent présenter les moyens de suspension du moignon, cet ingénieux procédé peut rendre des services à l'occasion.

Winiwarter (1) employa, il y a quelque temps, un manuel opératoire à peu près identique. Ce chirurgien fit une manchette péritonéale qu'il traita comme Schwarz et appliqua une anse de fil métallique sur le pédicule, à l'intérieur de la cupule péritonéale. Mais il se produisit une hémorrhagie au niveau de la base de la manchette par suite du décollement de cette dernière et de la déchirure de quelques vaisseaux; la malade mourut pendant l'opération. Winiwarter renonce à employer désormais ce moyen à cause des pertes de sang auxquelles il expose. Il essaya, dans une autre occasion, de fixer dans la plaie abdominale un moignon traité par la méthode de suture en étages de Schrœder sans appliquer de ligature : l'opérée guérit, mais après avoir traversé mille dangers. Il reste partisan de la méthode extrapéritonéale qu'il considère comme étant la plus sûre.

Procédés Wœlfler-Hacker. — Le premier procédé pro-

(1) Winiwarter. Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège, 6 fév. 1884.

posé par Wœlfler (1) n'est autre que celui que nous venons de décrire selon Winiwarter.

Wœlfler fait remarquer que, dans le procédé de Schrœder, la plaie utérine ne se réunit pas toujours par première intention et que souvent on n'arrive pas par ce moyen à recouvrir tout le pédicule. De plus on a bien des chances de voir se nécroser ce dernier, au moins en partie, et, si l'élimination des produits gangrenés ne se fait pas par le vagin, il survient une septicémie mortelle. Par contre, quand on a affaire à un pédicule extrapéritonéal, on observe toujours une élimination très lente des parties nécrosées, on a une gangrène constante et de très longue durée et l'on est exposé aux fistules abdominales. L'idéal serait de combiner les avantages des deux méthodes en cherchant à pallier leurs inconvénients, et pour cela on peut fixer le pédicule traité par le procédé de Schrœder dans la paroi abdominale comme Billroth le proposait en 1877. Voilà une première méthode que Wœlfler propose, mais nous ne connaissons pas d'autre observation à l'appui que celle déjà citée de Winiwarter.

Wœlfler a repris l'idée d'une autre méthode déjà recommandée par Hacker et l'a mise en pratique. Au cours d'une hystérectomie, Wœlfler, après avoir enlevé la tumeur, traita le pédicule par le procédé de Schrœder, puis l'amena au niveau du péritoine pariétal entre les deux lèvres de la plaie abdominale. Il sutura les deux revêtements séreux l'un à l'autre, en même temps que deux sutures latérales traversant la paroi et le tissu du pédicule servaient de soutien aux sutures déjà placées. Ensuite la paroi abdominale fut réunie non seulement jusqu'au niveau du moignon suturé, mais encore au-dessus de lui, de sorte que ce dernier se trouva com-

(1) Wœlfler. Wien. med. Woch,, 1885, n° 25, 20 juin.

plètement soustrait aux influences nocives extérieures. Toutefois une petite bandelette de gaze iodoformée et un tube de caoutchouc furent introduits jusqu'à sa surface pour remplir l'office d'un drainage de sûreté. Pendant les quinze premiers jours, il y eut un peu de fièvre et au bout de ce temps le moignon, qui s'était nécrosé en partie, se détergea et l'on put enlever les sutures. Cependant la guérison complète fut longue à obtenir : elle ne survint qu'au bout de neuf semaines.

Dans ce procédé par *suspension* et *traitement intrapariétal* du pédicule, le chirurgien est toujours en sûreté. En effet, ou bien le moignon et la paroi se réunissent par première intention et l'on a tous les avantages du procédé de Schrœder, ou bien il survient de la suppuration et de la nécrose et l'on a les garanties du traitement extrapéritonéal suivant les méthodes de Hégar, de Braun et de Tauffer. Nous ne doutons pas que l'exemple de Wœlfler ne soit bientôt suivi par quelques chirurgiens ; ce qu'il faut surtout, pour juger les nouveaux procédés, ce sont les observations, et jusqu'ici elles sont peu nombreuses. Wœlfler eut l'occasion de faire une seconde opération par le même procédé, la guérison survint en 13 jours ; quelque temps après, il put constater que le pédicule s'était séparé à peu près complètement de la paroi abdominale, ce qui n'a rien d'étonnant du reste, attendu que les adhérences, au moment où les liens suspenseurs ont été supprimés, étaient encore assez lâches pour se prêter à une facile extension. Wœlfler (1) insiste aussi sur l'utilité de tailler une petite manchette péritonéale qui puisse, dans tous les cas, recouvrir entièrement le moignon et le protéger ; c'est là un élément important du succès. Mais quand le pédicule est trop court, le procédé est-il encore

(1) Wœlfler, Wien. med. Woch., 1885, n° 49.

applicable? Voici comment le chirurgien allemand tranche la question : il propose de décoller le péritoine pariétal sur une certaine étendue, généralement jusqu'au cul-de-sac inférieur au-dessus du pubis, pour pouvoir le renverser en dedans jusqu'à la rencontre de la manchette du pédicule. La suspension serait effectuée de la même manière que dans le cas précédent, mais il faudrait surtout se préoccuper de drainer la cavité plus ou moins considérable au fond de laquelle se trouve le moignon. Le drainage par le vagin pourrait être utilement installé, surtout dans le cas où la cavité intra-utérine est élargie. Ces conditions ne s'étant pas encore présentées, il est difficile de les discuter plus longuement.

Hacker (1), après la publication du mémoire de Wœlfler, expose dans un travail récent les idées qui l'ont poussé à adopter le traitement intrapariétal du pédicule. Il cite aussi une observation d'hystérectomie pratiquée par lui à la clinique de Billroth. Il suivit, dans la première partie de son opération, les préceptes de Schrœder ; évidement cunéiforme après ligature provisoire, ligature des annexes et des artères utérines ; lavages de la muqueuse à l'eau phéniquée, sutures en étages du pédicule, etc. ; puis il plaça deux fils traversant obliquement le pédicule et la paroi à 2 centimètres des lèvres de l'incision. Ces fils furent noués ensemble à l'extérieur par-dessus un petit tampon de gaze iodoformée et constituèrent un mode de suspension assez résistant du pédicule. Réunion du péritoine pariétal à la séreuse du pédicule et sutures sur toute la longueur de l'incision abdominale, sauf en un point où passent une bandelette de gaze iodoformée et un drain. Il y eut une abondante suppuration, et des portions nécrosées du

(1) Hacker Wien. med. Woch., 1885, n° 48.

moignon furent successivement éliminées. La guérison se fit attendre trois mois. Hacker se félicite d'avoir employé ce procédé, sans lequel sa malade aurait certainement succombé.

Procédé de Meinert. — C'est surtout après l'amputation supra-vaginale et dans les cas de pédicules courts que l'hystérectomie est désastreuse. Meinert (1), pour éviter ce danger, propose d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas et de passer le pédicule par le vagin, afin de pouvoir le surveiller plus efficacement. Il eut affaire dans un cas à un myôme intramural énorme coexistant avec un autre myôme sous-séreux né dans la région cervicale. Après application de la ligature élastique provisoire, il excisa la portion cervicale en cratère et cautérisa profondément. Le péritoine fut détaché tout autour du moignon, et une ligature élastique placée au-dessous de celui-ci sur le pédicule, puis à l'aide d'une incision vaginale faite après désinfection attentive, ce pédicule fut attiré par deux fils d'argent jusque dans le vagin. Les lambeaux de séreuse suivirent en arrière et vinrent fermer d'eux-mêmes la cavité du bassin ; Meinert s'abstint de les suturer. Tamponnement léger avec la gaze iodoformée. La malade mourut de septicémie.

Il serait dangereux d'imiter le conseil de Meinert, autant à cause de la gravité du traumatisme opératoire qu'à cause des difficultés que l'on est exposé à rencontrer. D'ailleurs, l'idée d'attirer un pédicule dans le vagin pour éviter la septicémie nous semble peu logique, attendu que c'est dans cette cavité surtout que les décompositions sont faciles et la désinfection inefficace. Nous comprendrions mieux, sans toutefois la conseiller, la méthode de Bardenheuer qui consiste à supprimer tout l'utérus et, partant, toutes les chances de gangrène du pédicule.

(1) Meinert. Wien. med. Woch., 1885, n° 42.

Procédé de Freund. — Homburger (1) rapporte une opération faite par Freund, d'une manière assez singulière, mais avec la seule préoccupation de mettre la cavité péritonéale à l'abri des produits de décomposition du pédicule. Après amputation de l'utérus et ablation d'une tumeur volumineuse, Freund réunit en un seul faisceau le pédicule utérin et les ligaments larges, les entoura d'un lien élastique et emboîta l'extrémité du moignon dans un condom dont il avait coupé l'extrémité fermée. Ce condom fut maintenu en place par une ligature en caoutchouc accessoire et attiré dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Un tube de verre recourbé fut placé dans l'intérieur de ce cylindre imperméable jusqu'au contact du moignon ; on fit passer les extrémités de la ligature élastique dans la lumière de ce tube, dans lequel on mit aussi un tampon de ouate iodoformée. La sécrétion fut peu abondante, tout se passa régulièrement, mais le moignon ne se détacha complètement que le cinquante-sixième jour.

Tel est le procédé que Homburger recommande dans les cas de gros pédicules, qu'on ne peut réduire sans danger dans la cavité abdominale. Outre les soins assidus que ce procédé nécessite, il offre les inconvénients de ne pas mettre à l'abri d'une infection du péritoine, qui peut se trouver exposé par un simple déplacement du condom. Le volume du tube de verre dont s'est servi Freund est encore une circonstance défavorable pour les pansements consécutifs qui ne peuvent être appliqués avec toute la rigueur voulue.

Nous aurions encore à signaler les méthodes qui ont pour but d'établir un drainage vaginal après réduction du pédicule, mais nous avons déjà parlé des principaux procédés de Bardenheuer, de Martin, de Möricke, lors-

(1) Homburger. Centr. f. Gyn. 1882, p. 481.

que nous avons discuté les indications du drainage; il est donc inutile d'y revenir. Rappelons seulement, que les chirurgiens en général n'hésitent pas, dans les cas où il existe une cavité prête à suppurer dans le bassin, à associer le drainage vaginal au traitement intrapéritonéal. Schrœder conseille d'y avoir recours le moins possible, mais il s'en est servi plusieurs fois avec avantage.

Si nous avons insisté aussi longuement sur la méthode mixte de traitement du pédicule, c'est parce qu'à l'époque de transition où se trouve l'hystérectomie, c'est surtout aux procédés intermédiaires que le chirurgien s'adresse. Nous avons vu qu'au milieu des traitements les plus compliqués, peu applicables a priori, l'on trouvait des méthodes ingénieuses comme celles de Billroth, de Hacker et de Wœlfler, destinées peut-être à donner de grands succès. Nous avons examiné les avantages et les inconvénients des méthodes intrapéritonéales et extrapéritonéales du pédicule, nous n'avons donc pas besoin de nous attarder longtemps sur ceux de la méthode mixte.

Les procédés qui ont pour but l'évacuation des liquides sécrétés dans la cavité péritonéale ou fournis par la transformation nécrosique du pédicule au moyen du drainage, sont fort peu recommandables. En favorisant l'accès de l'air par le vagin ou la voie abdominale, ils ne permettent plus de compter sur les beaux résultats donnés quelquefois par la méthode intrapéritonéale, c'est-à-dire la réunion du moignon par première intention, l'absence de suppuration et la guérison rapide.

Donnent-ils, comme la méthode de l'exposition au dehors, la facilité de surveiller la surface de section? Nullement, car l'œil du chirurgien ne peut vérifier ni l'état de la ligature, ni celui des tissus suturés. Peut-on empêcher les hémorrhagies? Il est presque impossible

de s'assurer de l'existence d'un écoulement sanguin peu notable, car la disposition des drains, leur obstruction ou la situation déclive que prend le liquide, s'opposent à sa sortie à l'extérieur. Les hémorrhagies considérables sont plus facilement reconnues et c'est là, peut-être, le seul avantage que l'on puisse reconnaître au drainage. Quant à l'évacuation des liquides septiques et des parties gangrenées, elle s'opère difficilement en raison du peu de surface du tube évacuateur, de son calibre en général assez faible, et surtout parce qu'il se produit autour du drain des exsudations fibrineuses qui en oblitèrent facilement la lumière. Martin, Wegner et Ponfick ont constaté ces faits dans leurs expériences. On peut donc conclure que le drainage prophylactique allié à la méthode intrapéritonéale ne remplit pas le but cherché, qu'il supprime même les avantages que l'un ou l'autre traitement du pédicule pourrait donner isolément. De plus, nous pouvons ajouter qu'il est souvent nuisible : nous en avons déjà donné des preuves à propos de l'étude du drainage péritonéal institué après l'ablation des myômes enclavés dans le bassin. Il devient facilement une source de septicémie et une cause de fistules abdominales rebelles à tout traitement ; il ulcère même quelquefois l'intestin au point de donner lieu à l'écoulement des matières fécales par la plaie, comme dans un cas de Kottmann (1).

En ce qui concerne les autres procédés qui ont pour but l'exposition dans la plaie abdominale, après réduction incomplète (procédés de Moore, de Küster, de Schwarz) du moignon traité par ligatures partielles ou par la ligature élastique, il est difficile de se prononcer, car les observations sont rares et l'on ne sait jusqu'à quel point le sphacèle du moignon au fond d'un entonnoir plus ou moins profond, peut être inoffensif. Cependant,

(1) Kottmann. Correspond. f. Schweizer Aerzte. Janvier 1882.

avec le secours de pansements réguliers, on se rend maître de la suppuration et il est facile d'obvier aux hémorrhagies.

La lenteur de la guérison, la fréquence des fistules abdominales et abdomino-vaginales, les abcès et, plus tard, les hernies ventrales, les occlusions intestinales, etc., sont des inconvénients inhérents aux procédés et qu'on ne peut éviter.

La méthode intrapariétale telle qu'elle a été pratiquée par Hacker et Wœlfler se présente à nous avec certaines garanties de succès. Elle unit les avantages de la méthode de Schrœder à ceux du traitement extra-péritonéal. Cet ingénieux procédé n'est malheureusement applicable dans toute sa rigueur que dans les cas de pédicule assez long pour ne produire aucune traction violente sur la paroi abdominale. Le mode de suspension de Billroth et Hacker, assez résistant pour supporter un moignon qui impose peu de résistance, deviendrait facilement insuffisant en cas de pédicule court et nécessitant un certain degré de tension des fils suspenseurs. Il est vrai que la distance du sommet du pédicule à la paroi abdominale peut être très variable, néanmoins nous croyons qu'une des conditions du succès est l'insertion intrapariétale de ce pédicule. Ce qu'il faut donc surtout redouter c'est l'insuffisance du mode de suspension et la rentrée du pédicule dans le ventre, c'est la déchirure des sutures sous l'influence des accès de toux ou des vomissements. Quant aux hémorrhagies, elles seraient bien vite reconnues en raison de la situation superficielle de la ligne de sutures utérines et de l'orifice de sûreté qu'on a laissé sur la paroi abdominale; d'ailleurs la ligature préalable des vaisseaux utérins et spermatiques diminue beaucoup la congestion de l'organe, prédispose peut-être même à la nécrose d'une certaine portion de celui-ci. Notons

encore que dans l'hypothèse d'une gangrène possible (ce qui d'ailleurs est survenu dans deux cas sur trois), il n'y a nul danger d'infection du péritoine, que si la cavité utérine reste ouverte, elle est dans les meilleures conditions pour s'oblitérer par bourgeonnement des parties voisines ou pour donner tout au moins une fistule abdominale que l'on pourra traiter dans la suite. Si l'on examine maintenant les cas où le pédicule est très court et nécessite l'abaissement et le décollement du péritoine, on est tenté de n'accorder à ce moyen qu'une confiance très limitée. Nous avons bien affaire à une vaste cavité qui peut s'oblitérer par bourgeonnement, mais quelle longue durée pour la guérison !

De plus nous nous trouvons à peu près dans les conditions que nous envisagions tout à l'heure, d'un drainage qui est la seule voie d'échappement des liquides formés dans la profondeur, d'une cavité que l'on ne peut surveiller, d'un moignon qui peut se sphacéler tout entier à notre insu. Enfin est-on complètement à l'abri d'une péritonite septique par ce moyen? nous n'oserions l'assurer, en raison de la stagnation au fond de cet entonnoir de produits purulents que les drains ne suffisent jamais à évacuer complètement. Nous aurions donc la plus grande confiance dans le traitement intrapariétal du pédicule qui, sur trois observations, a donné trois succès, nous serions même tenté de le croire assez souvent plus avantageux que la méthode extrapéritonéale ou que sa rivale, mais dans les cas de pédicules courts nous ferions de grandes restrictions, attendant que quelques faits heureux aient dissipé nos craintes.

II. — DE LA VALEUR COMPARÉE DES MÉTHODES DE TRAITEMENT DES PÉDICULES.

Nous avons cherché jusqu'ici à déterminer, autant que cela nous a été possible, quels procédés il était préférable d'employer dans chacune des méthodes que nous avons successivement étudiées. A l'heure actuelle, la critique est délicate et le jugement difficile ; entre plusieurs modes de traitement peu différents sans doute, mais pouvant entraîner des conséquences diverses, nous n'aurions pour trancher la question qu'à comparer les résultats qu'ils fournissent ; malheureusement ces données nous manquent ou ne peuvent être utilisées à cause de leur petit nombre. Cette difficulté d'appréciation, qui existe pour les divers procédés qui composent chaque méthode, se retrouve encore quand il s'agit de comparer les méthodes entre elles. Les observations sont loin de faire défaut, mais les statistiques sont disparates ; elles se composent ici de faits identiques provenant du même chirurgien, là, au contraire, ce sont des opérations de diverse gravité, faites par des procédés différents et publiées par de nombreux auteurs. En réunissant tous ces éléments on ne peut donc obtenir que des résultats mensongers, néanmoins nous nous efforcerons, en rappelant les statistiques de ceux qui nous ont précédé, en y ajoutant les nôtres, de formuler quelques conclusions qui seront loin d'être sans appel.

Nous n'avons pu, malgré notre désir, séparer les observations qui ont rapport à des tumeurs myo-kystiques des myômes proprement dits, à cause de la pénurie de renseignements que l'on rencontre dans les résumés cliniques des auteurs. Ne voulant pas nous exposer à fournir une proportion erronée, nous avons préféré réunir en un seul groupe tous les myômes, qu'ils soient ou

non kystiques, et nous sommes arrivé ainsi au total de 173 faits épars dans la littérature médicale depuis ces dernières années.

Comme nous l'avons vu, ce nombre d'observations nous a donné 68 morts et 105 guérisons, soit une proportion de léthalité de 39 0/0, résultat se rapprochant de celui de Gusserow, qui compte pour l'hystérectomie en général une mortalité de 36,2 0/0, et un peu moindre que celui de Bigelow (1883), qui monte à 42 0/0.

Nous ne saurions mieux faire pour donner une idée exacte de la diversité des statistiques de l'hystérectomie et pour montrer surtout combien les conclusions qu'elles fournissent peuvent être erronées, que de placer ici, d'après Gusserow et aussi d'après nos calculs, le tableau comparatif des résultats de la pratique des principaux chirurgiens que nous avons eu l'occasion de citer :

									Mortalité
Bantock,	jusqu'en	mars	1883,	22	cas avec	2	morts		9,09 0/0
Tait,	—	septembre	1882,	30	—	10	—		33,3 —
Wells,	—	—	1882,	55	—	25	—		45,4 —
Thornton,	—	—	1882,	25	—	9	—		36,0 —
Kœberlé,	—	—	1882,	19	—	10	—		52,0 —
Billroth,	—	—	1882,	25	—	15	—		60,0 —
Schrœder,	—	—	1884,	100	—	33	—		32,0 —
Hégar et Kaltenbach,	—	—	1881,	12	—	1	—		8,3 —
Savage,	—	—	1882,	9	—	3	—		33,3 —
Küster,	—	—	1882,	16	—	7	—		43,7 —
Thomas,	—	—	1882,	13	—	6	—		43,1 —
Kimball,	—	—	1883,	11	—	5	—		45,4 —
Keith,	—	—	1883,	25	—	2	—		3,0 —
Kaltenbach,	—	—	1883,	10	—	1	—		10,0 —
Olshausen,	—	—	1884,	29	—	9	—		31,3 —
Martin,	—	—	1884,	60	—	23	—		38,3 —
Braun,	—	—	1884,	16	—	6	—		37,5 —
Tauffer,	—	—	1885,	16	—	4	—		25,8 —
Gusserow,	—	—	1885,	20	—	8	—		40,0 —
Homans,	—	—	1885,	7	—	5	—		71,4 —
Péan,	—	—	1886	69	—	24	—		34,8 —
Total :				590		207			35,0 0/0

Nous arrivons donc au total de 590 faits publiés par

les auteurs qui se sont le plus occupés de l'hystérectomie : on trouve un chiffre de 207 morts, ce qui donne une proportion de mortalité de 35 0/0. A cause de l'énorme quantité de cas rassemblés, autant qu'en raison de l'autorité reconnue des divers opérateurs qui les ont fournis, on peut dire que le nombre de 35 0/0 nous donne une idée à peu près exacte de la gravité de l'hystérectomie abdominale à l'heure actuelle.

Si nous décomposons en divers groupes la somme de 173 observations recueillies par nous, nous remarquons qu'il existe :

Myomectomies	32
Enucléations	23
Amputations partielles	36
Amputations supra-vaginales	82
Total	173

Dans ces diverses catégories d'opérations les traitements intrapéritonéaux et extrapéritonéaux ont été employés à peu près généralement. On ne trouve qu'environ six à sept applications de la méthode mixte et intrapariétale, chiffre qui ne suffit pas pour nous autoriser à tirer des conclusions certaines. Il faut se garder de considérer comme se rattachant à cette méthode toutes les hystérectomies après lesquelles on établit un drainage, car alors on accumulerait les faits malheureux et on arriverait à une léthalité considérable ; il faut avoir soin de distinguer attentivement les cas de fixation du pédicule à l'extérieur avec drainage de ceux dans lesquels on a fait la réduction plus ou moins complète du moignon. Les cas de Billroth, de Wœlfler et de Hacker peuvent servir de types des traitements intrapariétaux, qui en réalité doivent aussi rentrer dans la classe des méthodes mixtes. En faisant le total des quatre observations suivies de succès que nous venons de citer (deux obs. de Wœlfler, une de Hacker, une de Billroth)

et de deux faits analogues de Winiwarter, on arrive au chiffre de six faits de pédicules intrapariétaux qui ont causé une seule fois la mort. Si l'on ajoute encore l'observation de Fort, de Rio de Janeiro (obs. d'amp. sus. vaginale n° 39) et celle de Meinert, qui attira le pédicule par le vagin (obs. 70, mort), on trouve huit applications de la méthode mixte avec deux morts. Amiot a rassemblé dans sa thèse 11 cas où ce traitement a été employé, il ne rapporte que trois décès; placées à la suite des nôtres ces observations nous procurent un tableau de dix-neuf pédicules traités par les procédés intermédiaires avec 5 morts, soit 26,3 0/0. Comparé à la proportion de léthalité de l'hystérectomie, que nous avons vu atteindre 39 0/0 dans nos tableaux et 35 0/0 dans la statistique précédente, le chiffre de 26,3 0/0 que donne le pédicule mixte paraît très avantageux; il sera possible dans quelque temps de mieux apprécier la valeur de cette méthode ; aujourd'hui les matériaux nous manquent pour asseoir une critique judicieuse.

Il nous reste à déterminer dans quelle proportion les deux méthodes rivales de la réduction et de l'exposition au dehors du pédicule ont été employées et quels résultats elles ont donné dans leur diverses applications. Nous constatons d'abord que le traitement extrapéritonéal a été établi 74 fois parmi nos 173 observations, le traitement intrapéritonéal 84 fois; dans 7 autres faits les auteurs ne nous donnent pas de détails suffisants. Dans le premier cas, on relève 25 décès; dans le second, 36 décès. Nous figurons ces détails dans le tableau suivant :

Nous constatons une différence très sensible entre les résultats des deux méthodes, différence que nous allons expliquer plus loin en étudiant les statistiques de chacune des variétés d'hystérectomie ; tandis que le traitement intrapéritonéal donne la guérison dans 57,2 cas

pour 100, le traitement rival la procure 66,3 fois pour 100. Amiot trouvait encore un résultat plus favorable que nous à la méthode extrapéritonéale, puisque la proportion de guérison de cette dernière atteignait le

Méthode du traitement.	Nombre de cas.	Guérisons.		Mortalité.	
		en tout	pour 100	en tout	pour 100
Extrapéritonéal. .	74	49	66.3	25	33.7
Intrapéritonéal. . .	84	48	57.2	36	42.8
Inconnu..........	7				

chiffre élevé de 82,75 0/0 et celle de l'autre méthode le chiffre de 59,53 0/0 seulement. M. Schwartz était amené à accorder une valeur à peu près égale aux deux modes de traitement; il trouvait même la réduction du pédicule un peu supérieure (63 guérisons pour 100) à l'exposition au dehors (62 0/0). S'il nous était permis de placer à côté des chiffres que nous avons établis ceux que fournit la méthode mixte (73,7 0/0 guér.), nous verrions qu'elle tient le premier rang, malgré les cas complexes dans lesquels elle est généralement employée. Nous devons simplement retenir ce fait qui ressort de presque toutes les statistiques publiées jusqu'ici en France, qui découle aussi des résultats de l'hystérectomie pratiquée en Allemagne (puisque la plupart de nos observations sont dues à des chirurgiens allemands), que la méthode extrapéritonéale, considérée comme traitement général applicable au pédicule dans l'ablation des myômes utérins, est encore aujourd'hui celle qui donne les meilleurs résultats et expose le moins aux complications dangereuses.

Poursuivons l'étude des résultats du traitement des pédicules, dans les différentes opérations usitées contre les tumeurs utérines.

La *myômectomie* constitue le plus simple des procédés chirurgicaux destinés à l'extirpation des myômes. C'est elle surtout qui offre les guérisons les plus rapides, et une gravité faible dans l'intervention. Le traitement intrapéritonéal sera donc souvent indiqué. Faisons le tableau comparé des méthodes qui ont été employées.

Myomectomies.

Traitement du pédicule.	Nombre des cas.	Guérisons.		Mortalité.	
		en tout	pour 100	en tout.	pour 100
Extrapéritonéal...	17	13	76.6	4	23.4
Intrapéritonéal...	15	11	73.4	4	26 6
Total.........	32	24		8	

Nous obtenons encore une supériorité marquée pour le traitement extrapéritonéal, cependant il est juste de dire que la réduction du pédicule dans beaucoup de circonstances présente, après la myomectomie, de grands avantages, que ne révèle pas la statistique. Si nous étions en mesure de fournir quelques notions comparatives sur le temps nécessaire pour obtenir la guérison, s'il nous était possible en même temps de montrer combien le manuel opératoire se simplifie quand on emploie la réduction, on verrait que la préférence accordée souvent à cette méthode est bien justifiée. Il faut donc considérer deux catégories dans les myômes qui sont justiciables de la myomectomie, ceux dont le pédicule long et mince ne fait pas craindre des accidents d'hémorrhagie après ligature et ceux dont le pédicule est court, épais et vasculaire. Pour les premiers, la réduction ne présente pas ses inconvénients habituels, elle doit être préférée au traitement à l'extérieur ; pour les seconds, au contraire,

elle perd souvent ses droits parce qu'elle prédispose aux accidents péritonéaux beaucoup plus fréquemment que la méthode extrapéritonéale. Ces considérations, que nous émettons à un point de vue général, n'ont en réalité qu'une valeur relative, car il faut tenir compte de l'habileté et de l'expérience de l'opérateur qui ont souvent raison d'obstacles divers et peuvent conjurer bien des dangers; le chirurgien doit donc rester libre de juger si, avec les moyens dont il dispose, il peut, sans compromettre la vie de la malade, tenter le traitement par la réduction.

Il serait logique de discuter aussi les méthodes de traitement utilisées à propos de l'énucléation, mais nous manquons des éléments nécessaires. Presque toutes nos observations ont été publiées par Hofmeier et sont le résultat de la pratique de Schrœder, c'est assez dire que le pédicule réduit est à peu près uniformément noté. Nous possédons un seul fait de suture de la cavité d'énucléation à la paroi abdominale: il émane de Braithwaite; mais, en revanche, nous avons cité des exemples d'ouverture accidentelle de la cavité utérine et de la vessie, complications auxquelles Schrœder a toujours remédié par son procédé de sutures. La forte proportion de mortalité (15 morts sur 23 cas) doit cependant nous servir d'enseignement et nous montrer que dans la pratique de l'énucléation abdominale les accidents sont fréquents, qu'elle est quelquefois dangereuse et souvent impossible. Nous avons déjà fait pressentir l'utilité de distinguer l'énucléation des myômes abdominaux proprement dits de celle des myômes pelviens, mais les moyens de faire cette scission nous ont manqué et la mortalité de notre série d'observations se trouve aggravée d'autant. S'il nous avait été permis de traiter à part et à l'aide de documents nombreux l'énucléation des myômes de petit volume, isolés et in-

clus dans la paroi utérine, nul doute que nous ayons pu trouver pour cette opération une proportion de guérisons à peu près équivalente à celle de l'amputation partielle de l'utérus.

Nous possédons pour juger l'*hystérectomie partielle* des éléments beaucoup plus certains puisés pour la plupart dans les faits publiés par les principaux opérateurs. Nous avons négligé de rapporter dans nos tableaux qui comprennent trente-six faits, la série d'observations collationnée par Hofmeier, qui sera consultée avec fruit ; nous avons craint que le grand nombre de cas qu'il rapporte ne modifie trop dans un même sens notre statistique. Nous allons réunir en un tableau les principaux détails qui ont rapport au traitement du pédicule.

Hystérectomies partielles. Mortalité : 19,4 %.

Traitement du pédicule.	Nombre des cas.	Guérisons.		Mortalité.	
		en tout	pour 100	en tout	pour 100
Extrapéritonéal..	15	10	66.7	5	33.3
Intrapéritonéal ..	17	15	88.3	2	11.7
Inconnu......... .	4	»		»	
Total	36	25		7	

Il semble, d'après ce tableau, que le traitement extrapéritonéal perde ici l'avantage au profit du traitement intrapéritonéal, mais il n'en est rien en réalité. La somme minime de nos observations ne nous autorise à formuler aucune déduction, mais examinons les faits rassemblés par Hofmeier au nombre de 79 et voyons quelles conclusions on peut en tirer. Il faut distinguer dans le cas qui nous occupe les amputations accompagnées ou non de l'ouverture de la cavité utérine ; rarement nous avons

trouvé ce détail spécifié dans les observations, mais Schrœder y attache une grande importance et nous constatons parmi ses opérations 58 exemples de cette complication et 21 cas où elle n'existait pas. La comparaison s'établira plus facilement à l'aide de quelques chiffres :

Hystérectomie partielle sans ouverture de la cavité utérine.

Nombre des cas.	Guérisons.		Mortalité.		Causes de la mort.
	en tout	pour 100	en tout	pour 100	
21	16	90.5	2	9.5	Péritonite septique dans les deux cas.

Hystérectomie partielle avec ouverture de la cavité utérine.

Nombre des cas.	Guérisons.		Mortalité.		Causes de la mort.			
					Septicémie.		Hémorrhagie.	Tétanos
	en tout.	pour 100.	en tout.	pour 100.	en tout.	pour 100.		
58	40	69.0	18	31.0	11	18.9	1	1

L'examen attentif de ces tableaux peut nous convaincre de deux choses : d'abord des risques que fait courir l'ouverture de la cavité utérine, et ensuite de la fréquence de la septicémie ou de la péritonite septique. L'opérateur, prévenu que le traitement de Schrœder expose à ces accidents 18,9 fois sur 100 cas d'ouverture du canal génital, n'hésitera pas à préférer le traitement extrapéritonéal qui supprime la septicémie dans une certaine mesure. Telle est la conclusion qu'il nous paraît permis de tirer de l'étude des faits publiés par Hofmeier; du reste, c'est ce qui ressort de la communication de M. Pozzi au premier Congrès de Chirurgie et des

travaux allemands de Braun, d'Olshausen et de Gusserow.

Amiot, en arrivant à la proportion de 81 0/0 de guérisons pour le traitement extrapéritonéal, recommande ce dernier dans l'amputation partielle de préférence à la réduction du pédicule et au traitement mixte qui donnent le premier 37 0/0 et le second 33 0/0 de guérisons.

Schwartz obtient le chiffre de 63 0/0 de guérisons pour les deux méthodes.

Dans le cas où la cavité utérine reste intacte, le traitement de Schrœder est avantageux ; il permet de rendre à la matrice son intégrité et son rôle physiologique que le traitement extrapéritonéal supprime le plus souvent, il promet une guérison rapide et sans troubles ; c'est ici qu'il trouve son indication principale.

Il nous reste à examiner les résultats de *l'hystérectomie supra-vaginale* suivant que l'on place le pédicule à l'intérieur ou à l'extérieur de la cavité abdominale. Les détails que nous avons déjà donnés antérieurement nous permettront de ne pas insister trop longtemps sur la comparaison des méthodes. Nous avons réuni 82 observations d'amputation supra-vaginale avec 38 morts et 40 guérisons, ce qui donne une proportion de 46,3 0/0 de mortalité. Comparé aux chiffres donnés par Gusserow (36,2 0/0), à ceux de Schwartz (42,8 0/0), et de Bigelow (41,04 0/0), ce résultat semble un peu exagéré, néanmoins il peut nous montrer que l'amputation sus-vaginale est la plus grave des opérations tentées pour l'enlèvement des myômes, elle dépasse de beaucoup la mortalité moyenne de l'hystérectomie (39,5 0/0). Il faut nous attendre à trouver dans la statistique une différence assez sensible au point de vue de la léthalité des deux méthodes que nous comparons.

Amputations supra-vaginales. Mortalité : 46,3 %.

Traitement du pédicule.	Nombre des cas.	Guérisons.		Mortalité.	
		en tout	pour 100	en tout	pour 100.
Extrapéritonéal...	39	26	66.7	13	33.3
Intrapéritonéal...	32	14	43.8	18	56.2

Les moyennes puisées dans ce tableau sont manifestement en faveur du pédicule exposé. Disons tout de suite que les cas peu favorables à la guérison dans lesquels le moignon est très court, vasculaire et ne peut être amené dans la plaie abdominale doivent être forcément réduits, c'est ce qui contribue beaucoup à grever la statistique du traitement intrapéritonéal. Dans les conditions avantageuses, quand le pédicule, quoique court, est assez mince, peu vasculaire, lorsque le traumatisme opératoire n'a été ni long ni trop intense, la réduction avec ou sans sutures peut être utilement employée, mais il faudra se rappeler que les complications intrapéritonéales sont fréquentes et qu'elles doivent, quand il est possible, faire préférer le traitement extrapéritonéal.

Analysons maintenant les causes de la mort dans nos observations ; le tableau suivant nous dispensera de longs commentaires.

Traitement.	Septicémie.	Péritonite.	Choc.	Occlusion intestinale.	Embolies pulmonaires.	Gangrène du pédicule.
Extrapér.	»	3	1	1	1	»
Intrapér.	4	5	1	1	1	1

Par un calcul très simple, nous arrivons à établir que

la péritonite septique se rencontre 12,5 fois sur 100 cas de réduction du pédicule, tandis qu'on ne l'observe que 7,6 fois dans la méthode extrapéritonéale. C'est encore dans l'ouverture de la cavité utérine que nous devons rechercher l'explication de cette fréquence des complications septiques, surtout lorsqu'on emploie les procédés de Sp. Wells ou d'Olshausen ; aussi la plupart des chirurgiens sont-ils d'avis d'attirer les pédicules creux au dehors le plus souvent possible. Après ces considérations, il est permis de penser que le mode de traitement le plus sûr dans l'hystérectomie sus-vaginale est celui qui consiste à fixer le moignon au dehors du péritoine par une des méthodes que nous avons énumérées plus haut en les appréciant. Toutefois, si l'on est forcé d'abandonner le pédicule dans le ventre, c'est au procédé de Schrœder ou à celui d'Olshausen qu'on devra avoir recours en se laissant guider surtout par l'épaisseur et la vascularisation des tissus du moignon.

En résumé, il résulte de la discussion des statistiques précédentes et des notions qui en découlent que le traitement extrapéritonéal est celui qui nous donne les meilleures garanties de succès ; mais dans certaines circonstances, il doit céder la place au traitement intrapéritonéal. On choisira la réduction du pédicule quand, sans plus de dangers que le procédé de fixation à l'extérieur, elle permettra d'obtenir une guérison rapide.

On sera forcé bien des fois d'employer la réduction par nécessité; alors, on devra surtout être préoccupé par les accidents de septicémie et d'hémorrhagie qui peuvent survenir.

Enfin, lorsque le chirurgien ne pourra sans grands dangers pour la malade tenter l'ablation d'un myôme utérin volumineux, soit à cause de la formation difficile d'un pédicnle, soit en raison des adhérences multiples et de l'incarcération de la tumeur dans le bassin, il de-

vra avoir recours à un traitement palliatif qui constitue la seule ressource dans ces cas, à la castration.

III. — TRAITEMENT CHIRURGICAL DES MYOMES UTÉRINS PENDANT LA GROSSESSE.

La grossesse a une influence très marquée sur l'accroissement des myômes utérins ; les faits qui viennent à l'appui de cette assertion sont très nombreux aujourd'hui. L'augmentation de volume d'un myôme pendant la grossesse dépend de sa situation sur la matrice et aussi de sa structure. Plus ses rapports avec l'organe gravide sont intimes, plus il participe à l'apport physiologique exagéré qui se fait vers l'utérus ; c'est dire que les tumeurs sous-séreuses se ressentiront moins souvent que les myômes intramuraux et sous-muqueux des phénomènes congestifs de la zone génitale. Les tumeurs qui sont assez vasculaires (1) augmentent considérablement de volume pendant la grossesse, elles prennent une consistance souvent œdémateuse qui dure autant que l'état gravide et peuvent contenir des extravasats sanguins. Doléris (2) a constaté, dans ses recherches, cette tendance des myômes à l'hypertrophie à la dégé nérescence colloïde ou myxomateuse, pendant la grossesse. Charpentier (3) a décrit deux variétés de ramollissement, celui qui s'accompagne de vascularisation et de croissance du corps fibreux et celui qui résulte d'un processus dégénératif. Gusserow (4) insiste sur les accidents que peuvent causer ces tumeurs quand elles se développent sur la partie inférieure de la ma-

(1) Tarnier. Gaz. des hôpitaux, 1859.
(2) Doléris. Arch. de tocologie. Janvier-fév. 1883.
(3) Charpentier. Traité d'accouchements, 1883.
(4) Gusserow. Billroth et Luecke, p. 134.

trice dans la cavité du bassin. Elles deviennent alors un obstacle à l'accouchement et, quand elles sont adhérentes au fond de l'utérus, leur volume peut déterminer des phénomènes de compression et de gêne fonctionnelle. On a cité des cas où, dans le cours de la grossesse, l'augmentation de volume presque subite des myômes avait produit des symptômes de dyspnée tellement inquiétants que l'intervention de l'accoucheur avait été jugée nécessaire.

Mais ces accidents ne sont pas les seuls. Il peut se faire aussi qu'un fibrome sous-séreux pédiculé, par sa position, son mode de développement, devienne une cause de douleur, de gêne et même de péritonite. Les myômes du col de l'utérus intéressent surtout l'accoucheur au moment du travail et ne nous occuperont pas; mais ceux qui siègent sur les parties supérieures de la matrice causent quelquefois des troubles capables de donner lieu à l'intervention chirurgicale. Ce sont des phénomènes névralgiques par compression sur les nerfs des membres inférieurs avec crampes très douloureuses, comme dans quatre observations de M. Tarnier, rapportées dans la thèse de Lefour (1), ou bien de l'œdème des membres inférieurs avec ascite, résultat de la stase veineuse par obstacle à la circulation, ou encore de la dysurie et des désordres rénaux très accentués. La péritonite est aussi une complication qui peut survenir très rapidement et qui a été constatée dans un cas publié par Worship. Dans une observation intéressante de Cappie (2), on note qu'après un avortement provoqué par une tumeur fibreuse, il se produisit une torsion de celle-ci sur son pédicule et une péritonite aiguë qui enleva la malade. Le myôme était adhérent à une des cornes de

(1) Lefour. Thèse d'agrégation, 1880.
(2) Cappie. Edinburgh med. Journ. Juillet 1874, p. 10.

l'utérus et de petit volume. Quelquefois c'est l'utérus qui subit une torsion, comme M. Richet l'a observé (cité par Lefour) ou un changement de position préjudiciable à la continuation de la grossesse, comme la rétroversion.

Mais un des principaux accidents causés par les myômes utérins pendant la grossesse est l'*avortement;* on l'observe d'autant plus fréquemment que les tumeurs sont plus rapprochées de la cavité utérine. West signale 28 fois l'avortement sur 36 grossesses compliquées de fibrome. Nauss (1) trouve 47 fois l'expulsion du produit de la conception sur 241 cas, et Lefour, sur 227 faits, relève 39 avortements, dans lesquels la mort de la mère survint 14 fois.

Contre tous ces accidents est-il permis de poser l'indication d'une intervention chirurgicale? La question est fortement discutée, diversement résolue par les chirurgiens. Il ne s'agit pas de reconnaître s'il y a lieu d'intervenir chaque fois que le cours d'une grossesse est troublé par la présence d'un fibrome, ni quand la malade éprouve une gêne encore supportable, mais il faudrait établir si une action chirurgicale est autorisée en face d'une existence en danger de préférence à l'avortement provoqué. Nous ne sommes pas en mesure de comparer les résultats de l'intervention chirurgicale avec ceux que donne l'avortement provoqué, mais nous pouvons dire, qu'en raison de la présence du myôme utérin, cette dernière opération est très grave, qu'elle met la vie de la malade en danger. Lorsque le placenta s'insère sur la tumeur qui n'est pas rétractile, l'hémorrhagie formidable qui survient peut amener rapidement la mort ; d'ailleurs, dans le cas de tumeur volumineuse, l'expulsion de l'œuf ne diminue que fort peu les phénomènes de compression ou les troubles fonction-

(1) Nauss. Diss. Inaug. Halle, 1882.

nels et on peut encore se trouver, après quelque temps dans la nécessité d'intervenir par l'hystérectomie. On a ainsi exposé la femme à deux dangers considérables dont les chances de mort s'ajoutent et viennent aggraver le pronostic. N'a-t-on pas aussi observé, dit Gusserow au lieu de l'atrophie simple du myôme, des dégénérescences puerpérales de ce dernier accompagnées de phénomènes de septicémie le plus souvent mortels ?

D'un autre côté, l'intervention chirurgicale a aussi ses risques qui tiennent à plusieurs causes et surtout à l'état de gravidisme qui prédispose à de nombreuses complications. Les difficultés rencontrées par le chirurgien dans l'ablation de l'utérus gravide tiennent surtout à la congestion énorme dont la sphère génitale est le siège, au volume de la matrice et de la tumeur, puis à la pédiculisation souvent très laborieuse dans ces cas. Pour les tumeurs sous-séreuses pédiculées qui causent des troubles de compression par leur énorme volume et surtout pour les myômes fibro-kystiques, les indications semblent plus nettes et l'intervention moins dangereuse ; les observations de Schrœder (1) en sont la preuve. Par l'extirpation de ces fibromes, dont les géodes se laissent distendre de plus en plus, les désordres se calment et la grossesse n'est pas toujours interrompue.

Studsgaard (2) et Landau (3) en ont rapporté des exemples. Les tumeurs fibreuses, dures, pédiculées qui participent rarement à l'hypertrophie gravidique ne seront à redouter que dans des conditions bien exceptionnelles, lorsqu'elles causeront un déplacement de l'utérus, par exemple, ou bien lorsqu'elles auront une

(1) Schrœder. In Hofmeier. Loc. cit.
(2) Studsgaard. Hospital Tidende, 1883, n° 14 et Centr. f. Gyn. 1882, p. 469.
(3) Landau. Berlin. klin. Woch. 2 mars, 1885.

tendance à se sphacéler par torsion de leur pédicule; l'indication de les enlever sera donc aussi peu fréquente. D'ailleurs, la myomectomie pour ces tumeurs n'est pas plus à craindre que l'ovariotomie faite dans les mêmes conditions. Sur 89 cas de myomectomies pratiquées pendant la grossesse, nous n'avons constaté qu'une fois la mort, survenue chez une opérée de Hégar, au troisième mois de la conception.

Quand on a affaire à des tumeurs sessiles, interstitielles par une partie de leur surface, l'ablation devient déjà plus dangereuse, elle est très grave lorsque la cavité est ouverte, parce qu'il en résulte un avortement certain, et toutes les complications que nous avons déjà signalées plus haut dans ces cas. Toutefois dans deux faits de Schrœder, la plaie fut fermée à l'aide de sutures en étages et la guérison arriva sans encombre. L'involution utérine semble donc ne pas empêcher le processus de cicatrisation; cependant l'exfoliation de a muqueuse, les produits de décomposition qui séjournent dans la cavité de la matrice sont un danger permanent d'infection. Une autre complication à redouter dans l'état de grossesse est l'hémorrhagie après la section partielle cunéiforme d'une portion de l'utérus, hémorrhagie qui peut devenir incoercible; c'est pour cette raison que Hégar et Kaltenbach (1) recommandent de préférence l'amputation supra-vaginale.

Il arrive quelquefois que le chirurgien entreprenne une hystérectomie pour une tumeur fibreuse et qu'il rencontre, sans s'y attendre, un utérus gravide. Dans ces conditions, s'il en est temps encore, il faut ménager la matrice pour éviter l'avortement, à moins que par la gravité des symptômes causés par le fibrome on ne soit forcé d'intervenir radicalement. Braun voulant extirper

(1) Hégar et Kaltenbach, 3e édition, 1886, p. 474.

un myôme utérin, trouva un jour un kyste contenant un lithopœdion. Il put enlever la tumeur avec les diverses parties du squelette d'un fœtus de 4 mois, en laissant en place l'utérus et les ovaires. Les règles revinrent et la malade guérit.

Mais il existe des circonstances où toute intervention est formellement contre-indiquée, c'est lorsque la tumeur fibreuse est enclavée dans le pelvis, quand elle ne peut en être dégagée sans causer des délabrements considérables ; les risques que feraient courir une telle opération sont beaucoup moindres que ceux de l'avortement provoqué et l'on ne peut être autorisé à la tenter.

On voit donc qu'il faut en appeler du jugement beaucoup trop rigoureux qu'avait formulé Lefour dans sa thèse, en 1880, s'appuyant sur la mortalité considérable de l'hystérectomie pour la répudier comme moyen d'obvier aux accidents produits par les myômes dans la première partie de la grossesse. Les tableaux d'observations que nous avons pu recueillir sont une preuve évidente que l'intervention chirurgicale est autorisée dans des cas qu'il nous reste à spécifier :

Lorsqu'on observera, pendant la grossesse des phénomènes inquiétants pour la vie de la mère et de l'enfant, tenant à la présence d'une tumeur pédiculée, d'un volume plus ou moins considérable, il serait indiqué d'intervenir par la myomectomie. Toutefois, pendant les derniers temps qui précèdent l'accouchement, il y aura lieu de discuter l'indication de l'accouchement prématuré qui, dans ces cas, est « une opération admirable », disait M. le professeur Tarnier. Si la tumeur est peu volumineuse, si surtout on peut espérer son atrophie après la puerpéralité (ce qui est assez fréquent) c'est à l'accouchement prématuré qu'il faudra avoir recours. Mais, dans les sept premiers mois de la grossesse, la myomectomie nous paraît indiquée de préférence à

l'avortement provoqué. Braun (1), ne pouvant opérer une de ses malades à cause des accidents d'épuisement et des symptômes alarmants de dyspnée qu'elle présentait, provoqua l'avortement, puis quelque temps après il entreprit la myomectomie. L'utérus et les ovaires furent gardés intacts. L'opérée guérit rapidement. Cet exemple sera peut-être bon à imiter dans les cas où les malades sont épuisées par des phénomènes de compression ou par des complications viscérales. En amenant subitement une amélioration par la déplétion de l'utérus, on ménage à la femme pour l'avenir des chances de guérison plus sérieuses.

La myomectomie pratiquée pour des tumeurs qui compliquent la grossesse peut ne pas interrompre cette dernière ; dans quatre de nos huit observations, les enfants naquirent vivants et à terme (obs. de Schrœder, Thornton, Landau, Studsgaard); dans trois autres cas, l'avortement s'est produit dans les jours qui ont suivi l'opération et sans aucune complication. On voit, qu'en résumé, la myomectomie l'emporte par ses avantages sur l'avortement provoqué.

Lorsqu'un myôme non pédiculé et volumineux causera dans la première partie de la grossesse des troubles compromettants pour la vie de la mère, c'est encore à l'hystérectomie qu'il faudra avoir recours. Cette règle, bien établie par Hégar et Kaltenbach, repose sur l'examen des faits et sur l'expérience qu'ils ont acquise à ce sujet. Schrœder a pratiqué deux fois l'incision cunéiforme de l'utérus dans ces cas; ses malades ont guéri rapidement. Mais beaucoup d'auteurs sont d'avis qu'il est préférable d'avoir recours à l'amputation supra-vaginale ou à l'opération de Porro. Toutes les parties voisines de l'utérus sont préparées pour une extirpation totale par leur élasticité et leur distension, dit Hégar; il n'est

(1) Braun. Wien. med. Woch. 1884, n° 23.

pas jusqu'au col utérin lui-même qui ne se prête à la formation d'un pédicule par sa consistance et son allongement facile. Cependant on peut dire que si les annexes de la matrice sont facilement séparées de cet organe, on est exposé aussi à rencontrer dans leur intérieur des vaisseaux très importants, dilatés par l'état de grossesse, danger permanent d'hémorrhagie. Martin fit une hystérectomie partielle au sixième mois; il excisa une portion de l'utérus jusqu'au voisinage de la caduque et sutura; mais le septième jour l'enfant mourut et la mère succomba peu de temps après dans le collapsus. Les conditions dans lesquelles on est appelé à faire l'amputation supra-vaginale ne sont pas très rares, parce que ce sont surtout les tumeurs développées aux dépens de la partie inférieure de l'utérus qui causent des désordres pendant la grossesse. Il est bien difficile de déterminer les *indications* de l'opération, d'autant plus que le diagnostic du siège et des connexions est assez obscur; néanmoins, on peut dire avec Kaltenbach que l'amputation supra-vaginale est autorisée chaque fois que l'on pourra juger l'ablation de la tumeur peu laborieuse. Ce chirurgien enleva un utérus gravide avec un myôme énorme et put, grâce à la laxité des parties molles pendant la grossesse, attirer le col dans la plaie abdominale; l'opérée guérit. Nieberding (1) fut amené aussi à pratiquer l'hystérectomie sus-vaginale chez une malade qui présentait au quatrième mois de la grossesse des signes inquiétants de compression abdominale et thoracique avec accroissement rapide de la tumeur. On pensa d'abord à provoquer l'avortement, mais on y renonça, vu le rétrécissement du canal génital par le myôme, et aussi parce qu'on pensait que l'utérus ne pourrait pas suffisamment revenir sur lui-même pour empêcher une hémorrhagie peut-être mortelle. L'amputation supra-

(1) Nieberding. Centr. f. Gyn., 1883, p. 454.

vaginale fut faite, mais la malade mourut 49 heures après de péritonite septique. Nieberding attribue la septicémie à la présence de quelques lambeaux des membranes de l'œuf qui remplissaient le canal cervical. Malgré cet insuccès, ce chirurgien est d'avis, qu'en face d'obstacles analogues à ceux qu'il a rencontrés, il n'y a qu'une indication à remplir, c'est l'ablation de la matrice avec la tumeur. Wasseige (1) et Walter (2) ne furent pas plus heureux que Nieberding, mais Patterson (3), dans un cas où un myôme volumineux remplissait presque tout le bassin, amputa l'utérus au quatrième mois de la grossesse, lia le col en deux moitiés et réduisit le pédicule. L'opération fut terminée en 45 minutes et la malade se rétablit en peu de temps. Nous donnons ici dans des tableaux succincts les observations que nous avons pu recueillir sur ce sujet intéressant.

I. Myomectomies pendant la grossesse.

Auteurs.	Date de l'opér.	Epoque de la grossesse	Nature de la tumeur.	Résultats.
1. Péan.	15 décem. 1874	5e mois.	Tumeur fibrokystique.	Guérison. Avortement.
2. Thornton.	4 juin 1879	7e mois.	Myôme pédiculé.	Guérison. Accouchement normal.
3. Schrœder.	16 novem. 1879	16e sem.	Myômes multiples.	Guérison. Accouchement normal.
4. Hégar.	Janvier. 1880	3e mois.	Myôme pédiculé. Péritonite.	Mort le 3e jour.
5. Studsgard.	19 décem 1882	3 mois 1/2	Myôme pédiculé.	Guérison. Accouchement normal.
6. Landau.	1885	3e mois.	Myômes multiples.	Guérison. Accouchement normal.
7. Barnes.	»	»	Myôme pédiculé.	Mort.
8. Braun.	11 novem. 1884	3e mois.	Myômes multiples volumineux.	Guérison. Avortement.

(1) Wasseige. In thèse de Lefour, 1880.
(2) Walter. Brit. med. Associat. Liverpool, 1883.
(3) Patterson. The Glasgow. med. Journ. avril 1885.

II. Amputations partielles.

1. Martin.	1885	6e mois.	Excision du fond de l'utérus.	Mort. Avortement.
2. Schrœder.	10 janvier 1883	3e mois.	Myômes multiples.	Guérison.
3. Schrœder.	21 juin 1884	3e mois.	Myôme intramural.	Guérison.

III. Amputations sus-vaginales.

1. Kaltenbach.	2 mars. 1880	5e mois.	Myôme interstitiel du fond de l'utér.	Guérison.
2. Wasseige.	Mars. 1880	5e mois.	Myôme interstitiel du fond	Mort le 6e jour.
3. Nieberding.	Février 1882	4e mois.	Myôme enclavé dans le bassin.	Mort au bout de 48 heures.
4. Walter.	1885	4e mois.	Myôme du bassin.	Mort le 9e jour.
5. Patterson.	1885	4e mois.	Myôme du bassin.	Guérison.
6. Savage.	»	»	Myôme volumineux.	Guérison.

En résumé, nous remarquons que nos observations, prises en masse, au nombre de 17, nous donnent 11 guérisons, soit 64,7 0/0 de succès, contre 35,3 0/0 de morts. Seules les amputations supra-vaginales procurent un nombre de guérisons égal à celui des décès. Pour la myomectomie, les résultats sont excellents, la proportion est de 25 0/0 de mortalité. Si nous comparons ces chiffres à ceux que nous a fournis la myomectomie en dehors de l'état de grossesse, nous voyons qu'ils sont identiques. La conclusion qu'il faudrait tirer est donc que la gravidité a peu d'influence sur l'extirpation des myômes, quand ils sont pédiculés. Quant aux autres opérations, elles paraîtraient sensiblement plus graves dans l'état de grossesse; c'est ainsi que l'amputation sus-vaginale nous donne une proportion de léthalité égale à 46,6 0/0 dans les conditions ordinaires, pendant la gravidité, la moyenne monte à 50 0/0. Sans aller aussi loin que Hégar et Kaltenbach qui trouvent l'extirpation de l'utérus plus aisée pendant la grossesse, nous pouvons dire, qu'en raison de ses résultats, l'hystérec-

tomie est autorisée lorsque la présence de myômes utérins occasionne des troubles graves, troubles qui peuvent faire craindre un avortement dangereux ou la mort de la mère et de l'enfant. Quant à la méthode de traitement du pédicule, elle peut être soumise aux mêmes considérations que celles formulées à l'occasion des tumeurs ordinaires. Cependant, en raison de la laxité des tissus péri-utérins, il sera préférable d'attirer, comme Kaltenbach, le pédicule dans la plaie abdominale; on pourra se soustraire ainsi aux chances d'infection qui sont plus nombreuses pendant la gravidité.

CHAPITRE III

DE LA CASTRATION COMME TRAITEMENT DES MYOMES UTÉRINS.

L'étude attentive de l'anatomie physiologique des organes génitaux de la femme, la constatation des rapports intimes qui existent entre les différentes parties de l'appareil utéro-ovarien avaient depuis longtemps porté les esprits vers la connaissance du rôle important que jouent les ovaires pendant la période de l'activité sexuelle. On sait que les Grecs et les Romains faisaient la castration et que depuis les temps éloignés cette opération s'est perpétuée à travers les divers âges. Dans notre siècle, son but est devenu plus louable ; elle est entrée dans le domaine médical et ses nouvelles applications en gynécologie opératoire en ont fait une opération des plus utiles. Un de ses avantages les plus manifestes, c'est de déterminer du côté de l'utérus des phénomènes d'atrophie, de diminution de volume, remarquables surtout lorsque cet organe porte des tumeurs fibreuses. C'est cette heureuse influence de la castration sur les myômes utérins, qui l'a fait employer dans ces dernières années comme un mode de traitement palliatif de cette affection. C'est peut-être là l'indication la plus nette de l'ablation des ovaires, car les résultats qu'elle

a donnés dans d'autres circonstances sont moins bien établis et encore très discutés.

D'après Aveling, ce serait James Blundell qui, en 1823, aurait eu le premier l'idée d'enlever les ovaires dans les cas de dysménorrhée tenant à une lésion de l'utérus. Mais tandis que cette opération était pratiquée en 1872, presque simultanément par Hégar et par Battey pour deux faits de dysménorrhée douloureuse, Lawson Tait (1), en août 1872 (s'il faut en croire les revendications de ce chirurgien), faisait la castration pour un fibro-myôme utérin. Il répétait cette opération, mais toujours avec le même insuccès, en décembre 1873, puis en mars 1874. Dès lors l'impulsion était donnée et Trenholme, en 1876, publiait la première castration contre un myôme utérin. C'est la seule qui fût connue jusqu'au mémoire de Tait. Dès lors, ce fut en Amérique un véritable déchaînement opératoire : on enlevait les ovaires pour les affections les plus diverses et sans se laisser guider par des indications bien définies. Les uns, avec Battey, préféraient opérer par la voie vaginale, les autres faisaient la section abdominale, ces derniers à l'aide d'une ou de deux incisions. Mais ce qui discréta surtout la castration, ce furent les insuccès que donnèrent les ablations unilatérales de l'ovaire que Battey et Sims croyaient suffisantes pour réaliser tous les besoins de la thérapeutique ; ce furent aussi les opérations de ce genre, pratiquées contre les affections nerveuses justiciables de tout autre traitement, et même contre la masturbation.

En Angleterre, les chirurgiens restaient assez indifférents, au début, en face des succès de Lawson Tait ; Spencer Wells et Mathews Duncan, sans être incrédules

(1) Lawson Tait. Brit. med. Journ. 15 août 1885.

réservaient fortement leur appréciation, et ce ne fut qu'en 1880 que le célèbre ovariotomiste anglais fit sa première castration. Tait (1), en 1880, publia une première série de 28 observations avec 5 cas de mort; quelque temps après, Savage, de Birmingham, apportait 30 nouveaux faits, dont 5 castrations pratiquées pour des myômes utérins avec un succès complet. Pour ce dernier auteur qui, depuis, a changé complètement d'opinion, la castration était une opération facile et inoffensive, dont la mortalité ne devait pas dépasser 3 ou 4 p. 100. Depuis cette époque, les chirurgiens anglais ont rivalisé de zèle avec les américains, et le nombre de leurs observations a considérablement augmenté; Tait, en 1880, publiait un tableau de 50 castrations faites pour des myômes, avec 3 morts; enfin, récemment, au Congrès de l'Association médicale britannique de Cardiff, il apportait 58 nouveaux cas de guérison, ce qui porte le nombre de ses opérations à 108 avec 3 décès. Priestley (2), Thornton (3) Barnes (4), se rangeaient successivement à l'avis de Battey et de Tait et communiquaient à la Société obstétricale de Londres de nouvelles observations. Bref, c'est en Angleterre surtout que l'oophorectomie a pris jusqu'ici son plus grand essor, mais il semble que dans ces derniers temps, quelques chirurgiens de ce pays aient beaucoup perdu de leur enthousiasme.

En Allemagne, on ne connut l'application de la castration au traitement des myômes utérins qu'en 1876, après que Hegar eut fait successivement deux opérations avec succès pour des hémorrhagies incoercibles.

(1) Tait. Brit. med. Journ. 1880, n° 1019, p. 48.
(2) Priestley. Congrès de Londres, 1881.
(3) Thornton. Brit. med. Journ. 1883, p. 716.
(4) Barnes. Brit. med. Journ. déc. 1882.

Kaltenbach dans la même année, publia un autre fait qui fut suivi de mort. Nussbaum avait pratiqué, lui aussi la castration, un peu après Hégar pour un fibrome hémorrhagique. En 1877, Hégar, Martin, puis Fehling commencèrent la série de leurs succès ; ils furent suivis de près, dans les années suivantes, par Tauffer, Müller, Schüking, Langenbeck. Enfin dans les années récentes nous trouvons de nombreuses publications très intéressantes parmi lesquelles nous aurons souvent l'occasion de citer les mémoires de Tauffer (1), de Wiedow (2), de Müller (3), de Léopold (4), les thèses de Crone (5), de Schleich (6), etc.

Nous voyons donc que la question de l'enlèvement des ovaires si dédaignée, il y a quelques années, a aujourd'hui une véritable littérature ; les faits se sont accumulés au point qu'il est déjà permis de formuler aujourd'hui un jugement plus exact.

La castration fut moins bien accueillie en France qu'en Angleterre et en Allemagne ; les chirurgiens hésitèrent à employer un traitement qui avait été si vite discrédité en Amérique, pays où il avait pris naissance. Les rares observations qui sont éparses dans les bulletins de la Société de chirurgie, ne peuvent constituer des éléments d'études suffisants pour traiter ce sujet ; nous devrons donc emprunter à la gynécologie étrangère les nouveaux matériaux qui nous sont nécessaires. D'ailleurs il règne encore dans les esprits une certaine méfiance pour cette opération si vite mise en fa-

(1) Tauffer. Wien. med. Woch. 1885.
(2) Wiedow. Arch. f. Gyn. 1885, p. 299.
(3) Müller. Beiträge zur Oper. gyn. 1885, p. 1.
(4) Léopold. Arch. f. Gyn. 1882, p. 91.
(5) Crone. Dissert, inaug. Berlin, 1883.
(6) Schleich. Dissert. inaug. Tübingue, 1885.

veur par l'engouement de quelques chirurgiens et les succès de MM. Duplay, Terrier, Terrillon n'ont guère entraîné nos compatriotes dans la voie des essais, pas plus que les travaux de MM. Duplay (1) et Tissier (2).

La castration n'étant pas une opération radicale, ne peut être qu'une méthode palliative, appliquée surtout dans les cas où les tumeurs utérines causent des troubles incompatibles avec l'existence. Tel est le principe général que l'on doit adopter. Certains chirurgiens ont voulu lui accorder la valeur d'un traitement curatif ; nous verrons, en discutant nos statistiques, que cette prétention n'est réellement fondée que sur des faits extrêmement rares de résorption des fibromes. Bien plus, souvent, en effet, on observe un état stationnaire et une diminution de volume de la tumeur; dans un nombre restreint de cas, la marche de la maladie n'est pas entravée. Dirons-nous alors que la castration est une méthode sûre, qui en échange de dangers opératoires sérieux, donne l'assurance d'une guérison. Nullement, l'opération est quelque peu aléatoire, toutefois elle est légitime, puisqu'elle donne le succès dans une forte proportion de cas. Dirons-nous, avec Lawson Tait, Wiedow et d'autres gynécologistes qu'elle est le remède par excellence contre les myômes utérins et qu'elle doit être tentée de prime abord? Nous commettrions là une grave erreur et nous nous rendrions coupable d'une injustice flagrante envers l'hystérectomie dont les services et l'utilité ne sont plus à discuter. Nous devons donc laisser le premier rang à l'hystérectomie dans le traitement des fibromes utérins, tout en reconnaissant que la castration peut être sa rivale dans certaines conditions et qu'elle doit lui être préférée quelquefois.

(1) Duplay. Archives génér. de médecine. Juillet 1885.
(2) Tissier. Thèse de Paris, 1885, n° 208.

Il existe des circonstances dans lesquelles le chirurgien se trouvant en présence d'une tumeur impossible à extirper devra songer à l'enlèvement des ovaires. Là il n'y a plus de choix à faire, la castration est indiquée. Nous arrivons donc à dire que le diagnostic du siège et des rapports des myômes avec l'utérus est essentiel à poser avant l'opération, afin de pouvoir discuter l'opportunité de l'hystérectomie ou de la castration. On sera forcé d'adopter l'oophorectomie par nécessité, quand la tumeur sera jugée très dangereuse ou impossible à enlever ; on pourra lui accorder la préférence quand on la croira susceptible de donner, en exposant à des dangers moindres, des résultats aussi bons que l'hystérectomie. Nous sommes donc amené à considérer la castration suivant ses indications en:

1° Castration de choix;

2° Castration de nécessité.

Nous verrons que l'opération pratiquée dans ces deux cas a un pronostic et des résultats différents. La castration de choix est généralement facile et peu dangereuse, c'est celle que Lawson Tait pratique à peu près exclusivement, au dire des chirurgiens allemands. La castration de nécessité, au contraire, peut être très laborieuse et même impossible. Il y a donc bien lieu de distinguer deux sortes d'opérations différentes et de spécifier les cas où elles sont applicables. Mais auparavant, nous allons établir sur quelles bases physiologiques et thérapeutiques repose la castration; nous exposerons ensuite les procédés opératoires, réservant l'étude des indications spéciales pour le moment où nous rapporterons nos statistiques.

Considérations physiologiques. — Il est aisé de s'apercevoir que les myômes utérins sont soumis à l'influence de la menstruation, comme toutes les parties de la sphère génitale. On voit leur volume augmenter aux époques

cataméniales, tandis qu'il diminue dans les intervalles; on observe aussi qu'au moment où la congestion diminue dans l'appareil utéro-ovarien, c'est-à-dire à l'approche de la ménopause, la tumeur devient plus dure et après quelques variations passagères, reste à peu près stationnaire. Le myôme utérin est donc sous la dépendance de la circulation intra-pelvienne, premier point important qui n'avait pas échappé à Hégar lorsqu'il fit sa première oophorectomie. Ce sont les fibromes interstitiels surtout qui participent aux fluxions périodiques; lorsqu'ils ont de la tendance à devenir sous-muqueux, on observe en plus des hémorrhagies souvent inquiétantes qui constituent le plus grave accident qu'on ait à redouter. Les tumeurs sous-séreuses, au contraire, semblent rester jusqu'à un certain point indépendantes des phénomènes menstruels. Mais c'est surtout pendant la grossesse, que les rapports intimes des tumeurs avec les organes génitaux sont manifestes; on voit, en effet, le tissu néoplasique se ramollir, devenir œdémateux, augmenter de volume, puis, après l'accouchement, on constate un processus inverse, l'œdème disparaît et la régression du myôme s'accentue. Il semble que ce dernier suive l'utérus dans son hypertrophie et dans son involution pendant la puerpéralité. On remarque, après la ménopause, la même dépendance étroite entre les tumeurs utérines et les organes pelviens; avec la sclérose de l'ovaire coïncide l'atrophie de la matrice et le ratatinement de la tumeur qu'elle porte. La suppression des menstrues, l'étiolement des parties génitales externes donnent le signal de ces modifications intimes que le chirurgien attend souvent avec impatience.

Mais il est une variété de tumeurs utérines qui se dérobe à cette régression après la ménostasie ou après la puerpéralité, ce sont les tumeurs myo-kystiques. Leur évolution est pour ainsi dire fatale : en peu de temps

elles acquièrent un volume incompatible avec le maintien des fonctions organiques et aucun phénomène physiologique spontané ou provoqué ne peut enrayer leur marche. Il semble, qu'entre ces néoplasmes et le système utéro-ovarien, il y ait une certaine indépendance : aussi, contre leurs progrès rapides et alarmants, on n'a qu'une ressource, c'est l'extirpation.

Si les modifications des organes génitaux se répercutent sur les myômes utérins, on peut observer réciproquement une certaine perturbation causée par la présence de ces tumeurs dans l'utérus. En effet, au lieu de trouver la régularité habituelle dans les époques cataméniales, on voit survenir des ménorrhagies abondantes, des pertes de sang quelquefois très fréquentes et souvent la ménopause elle-même ne s'établit que très tard ou est indéfiniment reculée. Il y a donc une influence réciproque entre les tumeurs utérines et le fonctionnement du système utéro-ovarien. Mais il faut se demander quelle est la *cause* qui régit tous ces phènomènes ou quel est *l'organe* qui, par son rôle physiologique, amène toutes ces modifications.

Nous aurions à entrer ici dans une longue discussion sur les théories de l'ovulation et de la menstruation ; nous ne le ferons pas; d'ailleurs la science est loin d'être fixée sur ce point et la castration n'a pas beaucoup aidé à expliquer ces phénomènes. La théorie de Négrier satisfait les partisans de l'oophorectomie à outrance, ceux qui veulent faire de cette opération le remède obligé de la chirurgie contre les tumeurs utérines, mais les faits, suivant M. de Sinéty (1) et d'après Ormières (2), ne semblent pas lui donner raison en tous points. M. Duplay (3), dans son mémoire, se rallie à la

(1) De Sinéty. Traité pratique de gynéc. 2e édition. 1884.
(2) Ormières. Thèse de Paris, 1880.
(3) Duplay. Arch. génér. de méd. Juillet, 1884, p. 7.

théorie de Négrier ; pour lui, la menstruation sans ovaire est impossible, dès lors l'explication du rôle que joue la castration est facile à comprendre : on enlève l'organe sans lequel la congestion périodique ne peut se faire, la ménopause artificielle s'établit et le myôme entre en régression.

Les chirurgiens qui admettent que l'ovulation et la menstruation sont des phénomènes connexes, mais non liés nécessairement l'un à l'autre, expliquent l'effet produit par la castration, par la diminution du nombre des vaisseaux que l'ablation des ovaires nécessite et par la ligature d'une partie du plexus utéro-ovarien. C'est ainsi qu'ils sont amenés à proposer, au lieu de la castration, la ligature des ovaires ou celle des vaisseaux des ligaments larges. Nous aurons à étudier ces procédés.

Enfin, il est une troisième théorie suivant laquelle la menstruation serait le résultat d'une congestion périodique d'ordre réflexe dont le point de départ serait non seulement l'ovaire, mais l'utérus et même la partie supérieure du vagin (Ormières).

A l'aide de ces trois théories, on peut expliquer les effets produits par la castration, mais il ressort surtout de l'examen des faits, que la circulation joue le plus grand rôle dans l'accroissement et la diminution du volume des tumeurs ; c'est donc à elle qu'il faudra s'adresser. Schrœder (1) est convaincu que l'arrêt dans l'évolution de la tumeur tient surtout à la ligature des vaisseaux les plus importants. Persiste-t-il une voie collatérale qui assure au myôme un apport nutritif suffisant pour son accroissement ; l'opération a été inutile. Ce n'est donc plus là réellement, dit Crone, une castration que l'on pratique, mais bien la ligature des

(1) In Gustav Crone. Inaug. Dissert. Berlin. Août, 1883.

plexus intraligamentaires dont l'ovaire constitue un des centres les plus riches.

Nous devons nous demander par quel processus la tumeur utérine s'atrophie après la castration.

D'après Hégar (1) et Hofmeier (2), il ne faudrait pas attacher aux ligatures artérielles une grande importance au point de vue des modifications qui surviennent après la castration, car les principaux phénomènes se passent du côté des plexus veineux où l'on remarque la production de nombreuses thromboses. On constate d'abord, à la suite de l'opération, une gêne circulatoire considérable, se caractérisant par une augmentation de volume de la tumeur et par une hémorrhagie importante, puis au bout d'un temps plus ou moins long qui peut aller jusqu'à un ou plusieurs mois, l'équilibre s'établit peu à peu, le néoplasme diminue et les écoulements sanguins cessent. Il s'est formé dans les veines des thrombus qui oblitèrent les voies de retour et suppriment la circulation dans la tumeur ; sous l'influence de la diminution de pression du sang les espaces lacunaires que Kiwisch et Virchow (3) ont décrit dans l'épaisseur du stroma myomateux se rapetissent, les vaisseaux (colossalen capillären de Schrœder) qui atteignaient le volume d'un grain de chenevis avant l'opération, deviennent presque capillaires ou s'oblitèrent complètement, le fibrome en un mot est en rétrocession. Pendant ce temps, l'importance des plexus veineux intraligamentaires qui avoisinent la tumeur a diminué également et au lieu des énormes paquets variqueux que l'on rencontre souvent à la périphérie des myômes, on ne trouve plus que quelques troncs vasculaires bleuâtres dispersés sous les feuillets séreux.

(1) Hégar. Sammlung's Klin. Vortr., n° 42 et Centr. f. gyn., 1879, n° 22.

(2) Hofmeier. Zeitschr. f. Geb. und Gyn., t. V, p. 112.

(3) Virchow. In. thèse de Schleich. Tübingue, 1885.

Tels sont les phénomènes qui paraissent accompagner la régression des myômes après la castration ; on a pu les observer (Hofmeier et Hégar) sur des femmes mortes de maladie intercurrente après l'opération, mais on ne peut pas dire qu'il en est toujours ainsi, attendu que la structure des tumeurs utérines présente une foule de variétés avec lesquelles le processus d'atrophie doit varier. Y a-t-il une certaine analogie entre ces phénomènes intimes de régression et ceux qui surviennent après la ménopause ? C'est là une question qui n'est pas résolue, cependant il ne paraît pas impossible que la pression sanguine, diminuant peu à peu et suivant une loi physiologique, il se passe pendant l'établissement graduel de la ménopause les mêmes modifications que nous venons de décrire après l'oophorectomie. A ce titre, il y aurait une grande analogie entre le moyen qu'emploie la nature et le résultat du traitement chirurgical ; la castration créerait alors réellement une ménopose artificielle ou anticipée.

Malheureusement l'évolution régressive de la tumeur signalée plus haut n'est pas une suite constante de l'opération ; souvent, comme nous l'avons dit déjà, on n'observe aucun changement dans le volume du néoplasme, d'autres fois ce dernier augmente rapidement sous l'influence du traumatisme opératoire et, en peu de temps, acquiert un volume énorme. Que s'est-il donc passé ? Pour bien comprendre ce processus si rapide, il faut savoir que les modifications qui se produisent dans les veines ne sont pas les seules, les vaisseaux lymphatiques participent à la gêne circulatoire qui succède à l'enlèvement des ovaires. Les lacunes dont nous parlions tout à l'heure se remplissent de liquide exsudé des veines et des lymphatiques et la tumeur est entièrement œdématiée. Cette infiltration qui disparaît peu à peu lorsque l'atrophie doit avoir lieu, augmente de plus

quand la stase circulatoire continue à se produire dans la sphère génitale et elle aboutit à une complication redoutable de la castration, l'*œdème de la tumeur*. Tantôt cet œdème est partiel, tantôt il atteint toute l'étendue du myôme; celui-ci arrive à un degré de ramollissement considérable et son volume augmente subitement jusqu'à causer des symptômes de dyspnée très graves. Dans d'autres cas, on n'a pas affaire à un œdème proprement dit du tissu myomateux, mais bien à une dégénérescence kystique (cas de Schrœder, rapporté par Hofmeier); l'évolution de la maladie n'est pas moins rapide que dans le cas précédent et son pronostic est à peu près aussi grave. Les thrombus formés dans les veines et les lymphatiques se détachent en partie, les espaces lacunaires (intercellulaires de Kivisch) se dilatent et, en peu de temps, la tumeur prend l'aspect d'un vaste kyste multiloculaire dont les géodes tendent à s'ouvrir les unes dans les autres et à se distendre sous la pression excentrique du liquide. Tels sont les phénomènes divers qui peuvent suivre la castration et en faire une opération utile ou dangereuse.

Mais laissons de côté les complications que nous venons d'exposer et que nous retrouverons au moment où nous étudierons la valeur de l'opération et demandons-nous pourquoi, après l'ablation des ovaires, on ne rencontre quelquefois aucun changement dans la marche de la tumeur ni dans la menstruation. Quelques auteurs ont supposé que la persistance des troubles causés par la présence d'un myôme était due à ce que le chirurgien avait laissé par mégarde quelques parcelles de tissu ovarien adhérent au ligament large, mais on peut répondre que les mêmes phénomènes se remarquent après les opérations les plus complètes, après l'ovario-salpingectomie telle que Lawson Tait la pratique. Il serait

peut-être plus plausible d'admettre avec Beigel (1) que l'insuccès vient de la présence d'ovaires surnuméraires plus fréquents qu'on ne le croit généralement, puisque cet auteur en aurait rencontré 23 fois sur 500 autopsies où il les rechercha. De Sinéty admet la proportion de 5 ovaires surnuméraires sur 100 femmes. Olshausen, Puech, S. Wells, Winckel, etc., en ont cité des exemples que nous avons rapportés dans notre thèse inaugurale. Schleich (2) et le Dr Säxinger, expliquent la persistance des règles après la castration par la présence d'ovaires surnuméraires dont le faible volume échappe facilement à l'œil du chirurgien pendant l'opération.

Quoi qu'il en soit, il est naturel de penser que, même en l'absence de l'influence ovarienne, les myômes utérins peuvent continuer à croître en raison de la grande quantité de vaisseaux qui les alimentent. La suppression des règles n'indique pas une atrophie obligée de la tumeur, car on a observé des faits dans lesquels, malgré l'installation d'une ménopause artificielle, la maladie gardait la même marche inquiétante. Hégar (3), en pratiquant la castration sur des jeunes truies, a toujours remarqué une atrophie consécutive de l'utérus, mais il reconnaît qu'il n'en est pas de même chez la femme, à cause de l'établissement d'une circulation supplémentaire. Récemment le Dr Marcy a pu vérifier combien la ligature des vaisseaux supérieurs de l'utérus, provenant des ovaires et des trompes, empêchait peu la vascularisation d'un myôme utérin; sur une de ses opérées qui avait succombé à une maladie intercurrente, il réussit à injecter entièrement la tumeur. Bigelow (4) a répété deux fois ces expériences et il s'est assuré que l'opération de

(1) Beigel. Wien. med. Woch., 1878, n° 7.
(2) Schleich. Inaug. Dissert. Tübingue, 1885.
(3) Hégar. Centr. f. Gyn., 1879, n° 22.
(4) Bigelow. Americ. Journ. of obstetr. fév. 1886, p. 137.

fait n'empêchait que d'une façon très limitée l'afflux sanguin.

Il fait remarquer que l'oophorectomie ne peut prétendre arrêter la circulation dans les parties où siègent le plus souvent les myômes, car outre les grands courants circulatoires faciles à oblitérer, l'utérus est tributaire d'un système capillaire très largement distribué, augmenté encore par la présence du néoplasme. Williams (1) fait observer aussi que la nutrition est fort peu troublée par des causes mécaniques, en raison de la direction du courant sanguin qui se fait par les faces latérales et perpendiculairement à la direction de l'organe.

Nous voyons que les explications ne manquent pas pour rendre compte de l'insuccès de la castration, nous devons surtout en retenir ce fait : il n'est pas prouvé que l'arrêt de développement des tumeurs soit occasionné par la suppression de l'activité des ovaires ou par l'ablation de ces organes ; car du fait d'atrophie fréquente des myômes après la ménopause, il ne s'ensuit pas que l'on doive appliquer le principe *post hoc, ergo propter hoc*. Rœhrig (2), dont la grande expérience sur ce sujet ne peut être discutée, émet la même opinion ; il a constamment remarqué qu'après l'établissement de la ménopause, la tumeur augmente de volume pendant quelque temps, puis diminue définitivement ; il s'est assuré aussi que les lésions circulatoires, les affections valvulaires du cœur, la grossesse influaient sur l'évolution des myômes aussi bien que la menstruation.

C'est en raison de la difficulté de reconnaître le véritable rôle physiologique rempli par l'ovaire dans les cas de tumeurs, que certains auteurs se sont ralliés à la théorie vasculaire et ont admis que la ligature des vais-

(1) Williams. Arch. de tocologie. Juin 1885, p. 590.
(2) Rœhrig. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Band. V, H. 2, p. 265.

seaux utéro-ovariens devait être le but principal du chirurgien. Lawson Tait pensant que la trompe a, dans l'activité menstruelle, une fonction aussi importante que l'ovaire, ne manque jamais de faire l'ablation de cette dernière ; le traumatisme qui en résulte est insignifiant d'après lui et n'augmente que fort peu les risques de l'opération. La plupart des opérateurs anglais ont adopté cette manière de faire et quelques-uns même ont cru pouvoir se borner à enlever les trompes. La salpingectomie seule, pratiquée du reste rarement jusqu'ici, si ce n'est par Tait, exposerait à des récidives d'après beaucoup de chirurgiens, et on comprend que la faible quantité de vaisseaux oblitérés ait une influence minime sur la tumeur. L'ablation incomplète n'a pas toujours d'inconvénients, on s'est servi souvent de ce prétexte pour expliquer la persistance des phénomènes menstruels, mais, en réalité, on trouve de nombreux cas où l'extirpation partielle des ovaires, et même la castration unilatérale ont donné de bons résultats.

Certains chirurgiens américains, à la suite de Battey et de Sims, imbus de la théorie qui place tous les phénomènes menstruels sous la dépendance immédiate de l'ovaire, avaient pensé que, dans les cas où les myômes se développaient sur les parties latérales de la matrice, l'ablation de l'organe glandulaire correspondant devait suffire à déterminer l'atrophie de la tumeur. *La castration unilatérale* était créée. On lui accordait bien des avantages et, en première ligne, celui de n'exposer qu'à des dangers peu considérables, puis celui de ne pas supprimer l'activité sexuelle de la femme et de ne pas empêcher des grossesses ultérieures.

Au point de vue physiologique, il est difficile de comprendre pourquoi l'ablation d'un seul ovaire pourrait produire la diminution d'un fibrome, puisque la circulation de l'utérus reste à peu près normale et que

l'organe, le plus souvent, est encore soumis à l'influence cataméniale; on ne comprend pas mieux pourquoi après la castration unilatérale, l'ovaire laissé intact se sclérose et ne remplit plus ses fonctions, comme l'a observé Pernice. La pratique de l'ovariotomie a montré que l'ablation d'un seul ovaire n'abolit pas le fonctionnement de celui du côté opposé et que la menstruation continue le plus souvent son cours; il doit en être de même après la castration.

Les considérations physiologiques précédentes ont suffisamment montré, nous l'espérons, sur quelles bases physiologiques et thérapeutiques repose la castration. Ce qui frappe surtout l'esprit, c'est l'influence de l'ovaire et, à un point de vue plus général, celle de la circulation utéro-ovarienne, sur la nutrition des myômes utérins. La théorie de la menstruation et le rôle que l'ovaire joue dans ce phénomène doivent peu nous inquiéter; au point de vue thérapeutique, on n'a besoin que de diminuer l'abondance de l'afflux sanguin dans la tumeur, et on y arrive par l'ablation de l'ovaire et la ligature des plexus vasculaires qui s'y rendent. En entreprenant la castration, on se confie un peu au hasard, puisque le résultat opératoire n'est pas certain, et on ne peut espérer aboutir qu'à un but palliatif. Examinons maintenant par quels procédés on peut enlever les ovaires.

Castration. — Les difficultés opératoires que l'on est exposé à rencontrer dans cette opération varient avec le volume et la situation des tumeurs, elles peuvent même rendre l'extirpation des annexes utérines complètement impossible, éventualité que le chirurgien doit pouvoir reconnaître dans certains cas.

Dans toute oophorectomie, dit Hégar, il ne faut saisir le bistouri que lorsqu'on s'est bien rendu compte de la disposition des ovaires par rapport aux autres parties

du bassin ; négliger cette précaution, c'est s'exposer à un essai inutile, c'est entreprendre une opération qui pourra être longue et laborieuse. Ce chirurgien recommande donc d'explorer les ovaires, de chercher à les sentir par le toucher ou par le palper abdominal afin de bien définir leurs rapports Quand, après des recherches répétées on n'est pas parvenu à les sentir, il ne faut pas entreprendre la castration. Cette règle préliminaire peut-elle toujours être observée ? Cela est fort douteux, et la plupart des chirurgiens sont d'accord pour n'attacher à son exécution qu'une faible importance. Léopold, Schrœder, Tauffer ne croient pas le toucher de l'ovaire indispensable et surtout ils prétendent qu'on ne peut en tirer des indications opératoires certaines. Quoique Hégar assure que, dans les cas où il s'est écarté de la ligne de conduite qu'il a tracée, il a eu à s'en repentir, il faut bien admettre que l'on entreprendra souvent l'opération sans avoir senti les ovaires, soit parce que ces glandes sont fixées dans des exsudats inflammatoires, soit parce que la tumeur a changé leurs connexions anatomiques.

L'exploration de la tumeur elle-même est de beaucoup plus nécessaire; il importe, en effet, avant de commencer la castration, de se rendre compte du volume de la tumeur, de la disposition de l'utérus, éléments de diagnostic qui peuvent rendre compte de la facilité d'atteindre les ovaires. Pour certains auteurs, la voie vaginale est indiquée lorsqu'on peut sentir ces glandes aisément par le toucher, mais aujourd'hui on n'attache plus autant d'intérêt à toutes ces recherches dont le seul but est souvent d'égarer l'esprit tout en ne donnant aucun renseignement précis dans les cas embarrassants.

Certains auteurs posent encore, avant d'opérer, la question de l'unilatéralité ou de la bilatéralité de la cas-

tration. Nous avons dit plus haut que Battey, Sims avaient surtout recommandé l'ablation d'un seul ovaire contre les dysménorrhées ou les affections nerveuses, que Pernice (1) l'avait employée dans un cas de fibrome utérin. Mais en réalité cette opération est bien vite tombée dans l'oubli, malgré les efforts des rares partisans qui la soutenaient en Angleterre. Savage vantait cependant ses effets au Congrès international de Birmingham en 1881, tandis que Greig Smith, deux ans plus tard, publiait un nouveau cas suivi de succès. Pour les fibromes utérins, le but principal à rechercher doit être la ménopause artificielle et pour l'obtenir, il est nécessaire de supprimer les deux ovaires, telle est la règle à peu près généralement suivie; toutefois il arrive fréquemment que l'ablation de ces deux glandes soit impossible, l'opération est alors unilatérale ou incomplète, mais par nécessité. Chose remarquable, on observe dans ces conditions une proportion de succès assez forte, ce qui prouve que l'influence nerveuse qu'exerce l'ovaire doit être souvent reléguée au second rang.

Les premiers chirurgiens qui ont pratiqué la castration en Amérique, ont employé deux méthodes principales; les uns faisaient l'opération par la *voie vaginale*, les autres par la *voie abdominale*. Dans ces derniers temps, la pratique perfectionnée de l'antisepsie a fait donner la préférence à la laparotomie pratiquée presque généralement en Europe. La castration vaginale ne garde plus que de rares partisans en Amérique et en Angleterre; cependant elle a donné de beaux succès et dans certains cas, elle est encore appelée à rendre des services.

Castration vaginale. — Dans une communication au Congrès international de Londres, en 1881, Battey (2)

(1) Pernice. Arch. f. Gyn., t. XIV, p. 452.
(2) Battey. Archiv. de tocologie, 1881, p. 524.

préconisait la castration vaginale qu'il pratique de préférence ; Sims, Gilmore, Goodell, Engelmann en sont encore aujourd'hui les plus zélés défenseurs.

Après avoir fait placer la malade dans la position de Sims (décubitus latéral), on introduit, suivant Battey, un spéculum à gouttière très large qui permet de récliner le périnée et les parties latérales du vagin, et on incise le cul-de-sac postérieur sur la ligne médiane et suivant une longueur de 4 centimètres à l'aide des ciseaux. Le tissu cellulaire qui sépare la paroi vaginale de la séreuse du cul-de-sac de Douglas est ensuite sectionné avec attention, en ayant soin de ne pas dévier latéralement, et, après quelques difficultés, le péritoine est ouvert. On fait étendre alors la malade dans le décubitus dorsal, et l'index droit est introduit dans le vagin et la cavité péritonéale, tandis que la main gauche appliquée sur la paroi abdominale repousse l'utérus en bas. L'index rencontre l'ovaire, facile à reconnaître à sa consistance particulière, le médius est introduit à son tour et, à l'aide de ces deux doigts, l'organe est saisi, puis amené dans le vagin. Il ne reste plus alors qu'à former le pédicule à l'aide de moyens que nous indiquerons à propos de la castration abdominale, puis le tronçon ligaturé est réduit dans le ventre ou fixé dans la plaie vaginale. La plaie est suturée ou bien drainée suivant la durée et les difficultés de l'opération; dans certains cas, les sutures sont inutiles (Greig Smith), parce que les bords de l'incision vaginale se juxtaposent d'eux-mêmes et empêchent toute pénétration de l'air extérieur. Telle est l'opération dans les conditions les plus favorables, mais il est loin d'en être toujours ainsi. Lorsqu'on a affaire à une tumeur fibreuse, il est rare que les voies génitales soient aussi libres que nous venons de le dire ; il est plus rare encore que les ovaires occupent leur place normale et ne soient pas entraînés

par le myôme vers la cavité abdominale. Quand ces dispositions existent, la castration vaginale devient très laborieuse et même impossible ; d'après ce que l'on sait sur le siège des myômes et sur leur mode de développement, on peut deviner la fréquence des contre-indications, il y a même témérité à entreprendre l'opération quand on n'aura pas senti les ovaires dans l'intérieur de l'excavation. Elle ne pourra être pratiquée ni pour les tumeurs à évolution pelvienne, ni pour celles qui ont contracté des adhérences avec les parois du bassin ; dans les autres cas, elle exposera souvent à des difficultés considérables. Goodell annonçait au Congrès de Londres qu'il avait dû interrompre deux fois l'enlèvement des ovaires par le vagin, à cause d'adhérences dont il n'avait pu constater la présence auparavant. Hégar rapporte, dans sa « Gynécologie opératoire » que, ne pouvant terminer une castration vaginale, il dut recourir à l'incision sus-pubienne.

Il faut cependant reconnaître à l'opération vaginale quelques avantages. Battey les classe ainsi : 1° mortalité moindre ; 2° possibilité d'un drainage parfait ; 3° introduction très difficile de l'air dans la séreuse péritonéale ; 4° on ne rencontre pas la masse intestinale ; 5° on est plus rapproché des ovaires. Toutefois, le chirurgien américain reconnaît qu'on opère à l'aveugle le plus souvent, et Löbker repousse l'ovariotomie vaginale pour ce motif dans les cas où, comme son maître Pernice, il propose l'ablation d'une seule glande. La castration vaginale n'est d'ailleurs pas exempte, comme on pourrait le croire, de produire des lésions intestinales ; les auteurs américains ont signalé des cas de blessures du rectum ou de l'intestin adhérent aux ligaments larges ; en outre les hémorrhagies par ligature insuffisante ou par déchirure des vaisseaux sont loin d'être rares, elles consti

tuent même avec la pelvi-péritonite une des complications les plus redoutables.

Castration hypogastrique. — La voie abdominale est sans contredit la plus commode pour l'opérateur, la seule qui puisse permettre une exploration attentive du ventre et la recherche des ovaires. La castration a été pratiquée par cette voie de plusieurs façons : les uns ont employé une incision médiane unique de la paroi abdominale, les autres, jugeant plus facile et moins dangereux d'atteindre immédiatement les ovaires, ont pratiqué des incisions obliques dans chacune des fosses iliaques, au niveau du point où ils siègent normalement. Enfin, certains chirurgiens recherchent avant l'opération la position de ces organes quand ils sont déplacés et incisent la paroi abdominale immédiatement au-dessus d'eux.

La méthode des incisions bilatérales peut procurer une plus grande facilité d'extirpation, surtout quand un examen préalable a révélé la position des ovaires, mais elle expose à des accidents consécutifs, communs à toutes les plaies qui intéressent la paroi abdominale et résultant de la faiblesse de la cicatrice (hernies ventrales). Hégar a eu deux fois recours à ce procédé, très praticable du reste quand la glande a gardé sa place normale et n'est pas immobilisée dans des exsudats plastiques, mais il est facile de comprendre que la dissection des adhérences, la recherche dans la profondeur du bassin seront impossibles avec les petites incisions latérales. Comme ces manœuvres seront le plus souvent nécessaires dans le cas de myômes utérins, on doit admettre que la section médiane est de beaucoup préférable. Dans quelques cas où la castration de *choix* est indiquée, les incisions bilatérales seront suffisantes, mais, dans la majorité des castrations de *nécessité*, il serait imprudent de les employer, d'ail-

leurs, le chirurgien doit toujours agir avec la pensée que, si l'enlèvement des ovaires est reconnu difficile ou dangereux, il devra, séance tenante, procéder à l'ablation de la tumeur elle-même.

L'incision sur la ligne blanche a le grand avantage de pouvoir être allongée suivant les besoins jusqu'au-dessus de l'ombilic ; il n'est pas nécessaire de s'en tenir aux proportions minimes de Battey qui ne donne à la plaie abdominale qu'une étendue de 5 à 6 centimètres, mais on peut, comme Hégar et comme M. Duplay, faire une section médiane de 8 et même 12 centimètres, qui sera encore agrandie, s'il y a lieu. Dans les cas de myômes utérins assez volumineux, on trouve rarement une paroi abdominale épaisse, très adipeuse ; on arrive donc aisément à récliner les parties molles et à pénétrer jusqu'aux ovaires.

Dans la recherche de ces organes, on ne doit jamais se départir de la règle posée par Hégar, et qui consiste à plonger la main dans la cavité abdominale jusqu'à l'utérus, à suivre ce dernier en s'avançant successivement le long de la trompe jusqu'à l'ovaire facile à reconnaître à sa consistance. Celui-ci est alors attiré dans la plaie et il ne reste plus qu'à s'occuper du pédicule.

Suivant qu'on se propose d'enlever l'ovaire seul, ou l'ovaire avec le pavillon de la trompe, il est nécessaire de former un pédicule comprenant seulement le mésovarium, ou bien ce dernier avec le tube fallopien. Lawson Tait extirpe entièrement la trompe, mais alors il n'est guère possible de former un seul faisceau avec les parties saignantes en raison de leur surface, il est préférable de placer plusieurs ligatures.

Il y a différentes manières de traiter le pédicule, elles tiennent aux conditions différentes dans lesquelles se trouvent les ovaires.

Si le mésovarium est normal, c'est-à-dire non déplissé

par la présence d'un myôme intraligamentaire ou par des adhérences avec les parties voisines, si en même temps le ligament large correspondant est élastique et souple, une seule ligature en masse suffira. Mais lorsque l'ovaire est étalé à la surface d'une tumeur ou lorsqu'il est enveloppé de fausses membranes qui le rendent peu mobile, alors l'hémostase ne pourra être assurée sans l'emploi de plusieurs ligatures. Dans tous les cas, il est préférable d'agir ici comme pour les pédicules utérins assez volumineux, d'appliquer une première ligature en masse à l'aide d'un fil de caoutchouc ou de soie, puis *au dessus* deux autres liens plus grêles embrassant chaque moitié du faisceau déjà formé. Lorsque les vaisseaux sont visibles et peu nombreux, on se borne souvent à les lier séparément et on réduit la surface de section ainsi traitée. Battey emploie rarement les liens phéniqués ou les fils ordinaires; il préfère sectionner le pédicule avec l'écraseur et dans aucun des 13 cas dans lesquels il utilisa ce moyen, il n'y eut d'hémorrhagie consécutive. Hégar applique d'abord un petit cautery-clamp et sectionne les parties fixées avec le thermocautère, il réalise ainsi deux buts : le premier est l'hémostase et la désinfection, le second la destruction des parcelles de tissu ovarien qui échappent souvent à l'ablation la plus minutieuse. Le même auteur recommande de ne jamais réduire le pédicule avant d'avoir fait l'*expression*, qui a pour effet de chasser le sang qui est contenu dans les vaisseaux et d'éviter ainsi des inflammations ultérieures.

Doit-on toujours appliquer le traitement intrapéritonéal? Il nous est facile de répondre à cette question après les conclusions que nous avons posées plus haut. La réduction sera la méthode de choix dans la plupart des cas, parce que le pédicule est souvent mince et facile à lier, mais lorsque ce dernier sera court, volumineux

très vasculaire, composé de tissus indurés, épaissis par les adhérences et les dépôts plastiques, l'exposition à l'extérieur sera plus prudente : c'est là le procédé que Stahl voudrait faire adopter presque généralement. Mais il est à remarquer que dans les cas où le pédicule est court, il est en même temps très large et repose sur une tumeur utérine ou bien se trouve incarcéré dans un nid de fausses membranes qui lui enlèvent toute mobilité et ne permettent pas de l'attirer dans la plaie. Le chirurgien n'a plus le choix, il est alors forcé de partager ce pédicule en faisceaux multiples isolés et de réduire, heureux encore s'il a pu faire une hémostase complète.

Comme on le voit, dans les cas complexes, il est avantageux de pouvoir surveiller la surface de section : le traitement extrapéritonéal procure cette facilité, mais il est rarement applicable quand il s'agit de tumeurs fibreuses, car l'ovaire est presque toujours immobilisé par des adhérences, et entraîné soit vers le fond de l'excavation, soit vers la cavité abdominale. On a dit aussi qu'il serait possible d'appliquer aux myômes qui ont tendance à s'enclaver dans le bassin le traitement que Kœberlé employa autrefois pour une rétroversion utérine, c'est-à-dire la fixation au niveau de la paroi abdominale du pédicule destiné à maintenir élevé l'utérus et la tumeur.

Quoi qu'il en soit, dans la castration, il y a un traitement *de choix* du pédicule, c'est la méthode intrapéritonéale ; il est rare qu'elle donne des accidents ; c'est dans ces conditions qu'elle offre tous ses avantages, rapidité de la guérison, absence de réaction intense et d'accidents consécutifs.

L'opération de la castration par la voie abdominale ne se fait pas toujours d'une manière aussi simple que nous l'avons dit ; nous pourrions même ajouter que ces

cas sont rares, tant les tumeurs fibreuses causent de désordres vers les organes pelviens. C'est ce qui nous forcera à admettre qu'en thèse générale, l'oophorectomie pour les myômes utérins est une opération difficile et dangereuse; certes, la castration de choix pour de petites tumeurs simples ou multiples sera habituellement peu compliquée, mais la castration de nécessité sera entourée de nombreux obstacles.

Les difficultés que l'on rencontre dans l'ablation des ovaires pour les myômes utérins apparaissent souvent dès le second temps de l'opération, c'est-à-dire dans la recherche de ces organes glandulaires; c'est souvent la partie la plus longue du manuel opératoire. L'utérus a perdu sa forme et ses rapports, il est absorbé par la tumeur et on ne retrouve plus les trompes ni les limites des ligaments larges; il n'existe donc plus de point de repère qui puisse guider dans la recherche de l'ovaire. Si l'on agrandit la plaie abdominale et si on met à découvert le néoplasme, on ne constate aucun noyau glandulaire, aucune des trompes elles-mêmes qui ont disparu au milieu de la masse fibreuse. Après de longues recherches, on découvre une nappe glandulaire peu épaisse, étalée sur la périphérie de la tumeur et entourée d'un plexus veineux très riche attirant l'attention; c'est le stroma ovarien qui, sous l'influence de la distension produite par l'accroissement de la tumeur sous son aileron suspenseur, a perdu sa forme et a été réduit à l'état d'un simple gâteau peu épais. Il n'est pas besoin de dire que dans de telles conditions la préhension de l'ovaire est impossible et que l'opération reste forcément incomplète; elle se borne à une simple laparotomie exploratrice, quand les deux ovaires présentent cette même disposition.

Au lieu d'être ainsi dissocié, l'ovaire peut se trouver seulement déplacé par le myôme utérin; s'il est

refoulé dans le cul-de-sac de Douglas, en arrière du néoplasme, il devient presque impossible à atteindre ; s'il est remonté, au contraire, vers la cavité péritonéale, son enlèvement peut être pratiqué.

Est-on autorisé à déplacer la tumeur dans les cas où l'ovaire est caché derrière elle? Cette question est résolue par la négative par Hégar et Müller (1); on a observé en effet que le myôme, même s'il est mobile dans l'excavation, impose une certaine résistance aux tractions; il peut alors se produire des déchirures vasculaires dans les adhérences profondes ou à l'intérieur des ligaments, la circulation interstitielle du fibrome se trouve en partie empêchée; puis, après l'opération, surviennent de la congestion, une exsudation séreuse, et enfin une inflammation vive. Les ébranlements les plus légers produits dans la disposition des organes pelviens et dans leurs rapports avec la tumeur se traduisent souvent par des signes de pelvi-péritonite intense.

Lorsqu'on ne peut saisir un ovaire ainsi caché dans le bassin, on obtient parfois de bons résultats d'une manœuvre que Hégar emploie pour former dans certains cas le pédicule extrapéritonéal dans l'hystérectomie : elle consiste à soulever la tumeur à l'aide de la main introduite dans le vagin, tandis que l'opérateur fait l'ablation de la glande ; c'est aussi dans le même but qu'Alberts (2) se sert d'un colpeurynter qu'il place dans le rectum pour remonter l'utérus et que Müller fait soulever la matrice à l'aide d'une sonde utérine. Dans d'autres circonstances, les ovaires sont enfouis au milieu d'exsudats inflammatoires qui les dérobent à la vue et ce n'est qu'après une dissection pénible et des ligatures multiples qu'on arrive à les dégager. Beaucoup de chirurgiens évitent l'ablation dans ces cas à cause des hémorrhagies

(1) Müller. Beiträge zur operativen gyn. 1884, p. 1.
(2) Alberts. Arch. f. gyn., t. XIV, 1879.

consécutives et des inflammations qui peuvent en résulter.

Tels sont les principaux obstacles que l'on peut rencontrer pendant la castration; on voit qu'ils sont d'autant plus sérieux que la tumeur est plus volumineuse et plus enclavée dans le bassin; ils peuvent enfin rendre l'opération impossible et obliger à recourir à l'hystérectomie. D'où ce précepte : le chirurgien, en s'apprêtant à pratiquer la castration, doit s'attendre toujours à être forcé d'enlever la tumeur.

Des modifications importantes ont été introduites dans l'opération que nous venons de décrire par plusieurs auteurs; nous devons donc décrire leurs procédés, autant pour être complet que pour montrer le ressources de la chirurgie dans les cas difficiles.

Procédé de Lawson Tait. — Imbu de l'idée que la trompe joue le premier rôle dans la menstruation, Lawson Tait imagina dès ses premières opérations d'enlever cet appendice utérin afin de supprimer toutes les chances de persistance des hémorrhagies périodiques. Les premiers succès qu'il obtint le confirmèrent dans cette opinion et son opération ne tarda pas à être pratiquée en Angleterre et en Amérique à l'égal de celle de Battey. Renchérissant encore sur les premières théories qui l'avaient porté à modifier le procédé de Battey, Tait en arriva à prétendre que l'ablation de l'ovaire n'était pas nécessaire pour obtenir la ménopause artificielle, l'excision des trompes devait suffire. De là cette longue série d'opérations que l'opérateur anglais publia successivement jusqu'en 1885, au Congrès médical britannique de Cardiff, qui n'est qu'une suite de succès et ne compte pas moins de 108 castrations pour les myômes utérins.

D'après Lawson Tait, il ne faut pas s'acharner à enlever les ovaires lorsqu'ils sont trop adhérents et peu aisés à pédiculiser, la dissection de la trompe suffit

alors, en ayant soin de disposer autant de ligatures qu'il est nécessaire pour oblitérer les vaisseaux qui se rendent aux plexus tubo-ovariens. Cette simplification très grande du procédé opératoire que nous avons décrit nous explique jusqu'à un certain point la proportion considérable de guérisons de la statistique de Tait. Dans les cas où l'intervention n'a pas eu de résultat, le chirurgien anglais n'hésite pas à proposer une nouvelle opération afin d'enlever les parties de la trompe ou des ovaires qui avaient échappé à la première ablation; il considère les risques que court la malade comme presque insignifiants, n'égalant pas même les dangers auxquels expose la ponction d'un kyste ou d'une ascite. Wiedow s'élève contre les idées de Tait sur le rôle des trompes et fournit des exemples de menstruation artificielle survenue sans l'enlèvement de ces organes. Nüssbaum, Fehling, Tauffer, Pernice en ont cité d'autres cas.

Ligature atrophiante. — C'est de l'opinion qui accorde aux phénomènes congestifs et circulatoires la prépondérance dans l'accroissement pu la diminution des tumeurs qu'est née la méthode consistant à lier les vaisseaux des ligaments larges pour hâter la régression des myômes utérins.

D'après Tissier, le premier chirurgien qui ait proposé la ligature atrophiante serait Simpson (1), mais c'est à Geza von Antal (2) surtout et à Fischer que l'on doit d'avoir bien étudié le rôle de la suppression de la circulation dans les vaisseaux afférents de la matrice. Il y avait longtemps déjà que les chirurgiens pratiquaient cette ligature lorsque l'enlèvement des ovaires était reconnu impossible, mais on ne l'avait jamais utilisé de préférence à l'ovariotomie elle-même. Les avantages de

(1) Simpson. Brit. Med. Journ. 1879, p. 766.
(2) Antal. Centr. f. Gyn., 1882, n° 30.

ce procédé, tels qu'Antal les comprend, sont assez importants ; il supprime en effet les chances d'hémorrhagie, expose à un traumatisme opératoire moins considérable et il peut être appliqué dans presque tous les cas. Cependant Lawson Tait prétend que son exécution est plus pénible que la castration qu'il pratique et c'est pour cette raison qu'il repousse la ligature. Quant aux accidents de sphacèle de la partie liée, ils doivent être bien rares, car les auteurs ne signalent pas cette complication dans leurs observations.

Léopold (1) cite trois observations fort complètes dans lesquelles il dut appliquer le traitement par la ligature. La première malade présentait une tumeur du volume d'une tête d'adulte, remplissant le bassin et présentant un aspect très irrégulier. Ne pouvant faire l'ablation complète ni la castration en raison de la situation des ovaires au fond du cul-de-sac de Douglas, Léopold se décida à pratiquer la ligature suivant les principes d'Antal. Il lia les faisceaux vasculaires de chaque côté de la tumeur, sachant bien qu'il ne pouvait espérer atteindre les artères utérines et ferma le ventre. La malade ressentit pendant quelque temps un mieux sensible, elle n'avait plus d'hémorrhagies, lorsque, au bout de quelque mois, celles-ci apparurent de nouveau aussi abondantes qu'auparavant.

Le second fait est à peu près analogue, mais la malade mourut huit heures après l'opération des suites des manœuvres opératoires. La troisième malade présentait une tumeur très volumineuse sur laquelle les ovaires étaient intimement accolés. Les vaisseaux se rendant aux parties supérieures du myôme furent liés des deux côtés et la malade ne présenta plus d'hémorrhagies dans la suite, la tumeur elle-même diminua de volume.

(1) Müller. Beiträge zur oper. Gyn., 1884, p. 1.

La ligature atrophiante employée dans les cas de tumeurs petites, de préférence à la castration, n'a pas encore donné assez de succès pour être placée sur la même ligne que l'ovariectomie, mais il n'est pas douteux qu'elle puisse donner aussi de bons résultats (Müller) (1). Dans les conditions où l'ablation des ovaires n'est pas possible, la ligature atrophiante ne peut être assez complète à cause de la dispersion des vaisseaux à la surface du myôme, elle peut aboutir à une amélioration, à la suppression des troubles menstruels même, mais les cas sont rares. C'est, du moins, la conclusion que l'on peut tirer du travail de Léopold qui se termine par ces mots : « Puissent mes observations attirer l'attention sur un procédé qui, au point de vue théorique, est aussi rationnel que riche en promesses au point de vue pratique ! »

Complications de la castration. — Les accidents déjà signalés en étudiant les phénomènes qui se passent dans la tumeur utérine après l'opération sont souvent redoutables ; au lieu de produire l'atrophie, la castration peut amener une augmentation de volume persistante de la tumeur, et par suite la mort. Lawson Tait en cite un exemple dans son mémoire, et M. Terrillon (2) rapportait récemment à la Société de chirurgie l'observation d'une de ses opérées qui avait présenté des troubles d'occlusion intestinale auxquels elle avait succombé. Quoique M. Terrier soit peu disposé à admettre un accroissement presque constant de la tumeur après l'oophorectomie, il n'en est pas moins vrai que plusieurs auteurs (Tait, Hégar) ont rapporté des faits où ce phénomène s'était exagéré au point de déterminer des accidents.

(1) Beitrage z. Oper. Gyn. 1884. p. 1.
(2) Terrillon. Bull. Soc. de chir. 1er juillet 1885.

La *dégénérescence kystique* et l'*œdème de la tumeur* dont nous connaissons l'origine sont des complications tellement rapides et redoutables dans certains cas que l'intervention chirurgicale ne peut même être discutée; les malades succombent en peu de temps en raison des phénomènes de compression et d'épuisement qui surviennent.

Parmi les accidents communs à la castration et à l'hystérectomie, nous ne signalerons que la *péritonite* et les *hémorrhagies* qui peuvent acquérir une grande intensité. La péritonite n'est pas rare après l'enlèvement des ovaires pour les myômes utérins ; sur 55 cas, Hégar note 3 fois cette complication. Wiedow, sur 149 observations, signalait 11 fois la septicémie et la péritonite; quelquefois elle est limitée à la périphérie de la tumeur et a pour but d'immobiliser cette dernière, de créer des obstacles insurmontables, s'il y a lieu de faire ultérieurement l'hystérectomie dans d'autres cas, ce n'est plus une pelvi-péritonite qui se déclare, mais une inflammation généralisée de la séreuse. On en trouvera cinq exemples dans nos tableaux et chaque fois la mort est survenue. Ces péritonites succèdent généralement aux manœuvres qui ont pour but la recherche des ovaires et particulièrement aux essais de déplacement du fibrome lorsqu'il est enclavé dans le bassin; elles peuvent aussi résulter de la gangrène de la partie ligaturée. Par les brides qu'elles produisent dans l'abdomen, elles prédisposent aux occlusions intestinales dues soit à des adhérences épiploïques, soit à l'emprisonnement d'une partie du tube digestif au milieu des fausses membranes.

Quant aux hémorrhagies, elles sont favorisées par l'application des ligatures en masses sur des lambeaux séreux trop courts et par la chute des fils ; c'est une des raisons qui ont porté certains chirurgiens à préférer la

ligature atrophiante à la castration. Léopold cite un cas de mort par hémorrhagie chez une de ses opérées et Hégar a connaissance de trois faits semblables. Il est très difficile de traiter la péritonite ou l'hémorrhagie et le seul moyen de les arrêter, quand il en est temps encore, est d'ouvrir de nouveau le ventre pour établir un drainage ou lier le vaisseau qui saigne; il est rare que l'on réussisse à sauver la malade.

Il est encore d'autres complications, comme les parotidites sympathiques (Goodell), les accès nerveux douloureux (Reclus), les abcès pelviens, les métrostaxis, etc., que nous ne faisons que signaler parce qu'elles ne présentent rien de spécial à la castration faite contre les myômes utérins.

Résultats. Indications de la castration. — Nous avons déjà expliqué pourquoi la castration n'aboutissait pas toujours à la ménopause et à l'atrophie de la tumeur; nous venons de voir qu'elle pouvait, dans des cas rares, il est vrai, entraîner des transformations interstitielles dans le tissu myomateux et occasionner la mort. Mais dans quelles proportions arrivent ces diverses terminaisons? Telle est la question qu'il nous faudra résoudre après avoir considéré d'abord l'influence de la castration sur l'atrophie et la marche du néoplasme.

Avant d'entreprendre cette opération qui ne peut être que palliative, il faut prouver qu'elle expose à des dangers peu considérables, car les risques doivent être proportionnés aux services qu'elle rend. Lawson Tait (1) qui en est un des plus chauds partisans, faisait récemment à l'Association médicale britannique, une communication sur l'utilité de l'ablation des ovaires; comparant les résultats qu'elle donne à ceux de la lithotomie, il montrait que la mortalité, très faible déjà, devait se réduire de plus en plus à mesure que les opérateurs acqué-

(1) Tait. Brit. med. Journ. 15 août 1885.

raient l'habitude d'opérer suivant sa méthode. Quant à lui, après avoir perdu 20 0/0 de ses opérés au début de ses essais, il est arrivé à ne plus avoir aucun décès dans sa dernière série de 58 cas, et il ne doute pas que la mortalité ne tombe bientôt à 1 0/0. De si belles espérances formulées avec des preuves aussi frappantes ne doivent cependant pas tromper sur les dangers de la castration mis en lumière par beaucoup d'auteurs dans leurs statistiques. Battey, au Congrès de Londres, était loin d'être aussi enthousiaste que Tait, et annonçait comme résultat de sa pratique la proportion de 22 décès sur 100 opérations complètes, et de 9,5 0/0 pour les opérations incomplètes. Hégar fit 55 fois l'enlèvement des ovaires ; il eut 6 morts, ce qui donne la moyenne de 11 0/0. Wiedow note dans son important mémoire un total de 149 cas avec 15 décès et une proportion de mortalité de 10 0/0. Tissier, dans sa thèse, en se servant des tableaux de Wiedow, arrive au chiffre de 14,6 0/0 de morts ; 171 faits ont servi à établir sa statistique. Tauffer (1), Fehling (2) firent, l'un 5 fois, l'autre 8 fois, la castration avec plein succès. Schleich (3), donnant le résumé des opérations de Säxinger, trouve une mort sur 5 castrations faites pour myômes utérins et établit une proportion de mortalité de 14 0/0.

Nous avons pu réunir 61 nouvelles observations qui ne figurent pas dans la thèse de Tissier et qui ont été recueillies parmi les faits publiés récemment par Tait, par Léopold (4), Müller (5), Schleich, Crone, etc. La mort est signalée huit fois, ce qui nous fournit une mortalité de 13,1 0/0, chiffre à peu près égal à ceux

(1) Tauffer. Wien. med. Woch., 1885, n° 6.
(2) Fehling. Arch. f. Gyn. 1884, H. 3.
(3) Schleich. Loc. cit.
(4) Léopold. Arch. f. Gyn. 1882.
(5) Müller. Loc. cit., p. 8.

des auteurs récents. Le soin avec lequel les chirurgiens ont rassemblé les observations doit donner à la statistique de la castration un cachet de vérité que n'ont pas les résultats de l'hystérectomie ; aussi peut-on dire avec une certitude presque absolue que la moyenne de 13 à 14 0/0 représente la léthalité de l'opération. Voyons maintenant quelle est la fréquence des succès thérapeutiques.

Ménopause.—Le principal but que le chirurgien se propose est de provoquer une ménopause anticipée; comme on l'a vu, cette dernière peut se faire attendre plus ou moins longtemps et elle est généralement précédée par l'apparition d'hémorrhagies assez abondantes et irrégulières. Lawson Tait est très sobre de détails, et sur ce sujet, il ne nous donne que des renseignements insuffisants ; le plus souvent il signale la disparition des règles, mais sans désigner l'époque ni les phénomènes concomitants; on ne peut donc se servir de ses résultats. Hégar, sur 28 castrations qu'il publie en 1886, trouve que la ménopause est survenue vingt fois peu de temps après l'opération, dans quatre cas après persistance d'hémorrhagies irrégulières ; une fois la ménopause survint, mais les pertes reprirent dans la suite. Nous plaçons dans un tableau qui facilitera l'étude comparative, les résultats fournis par les principaux auteurs.

Sur les 61 cas que nous avons réunis, en y comprenant les nouvelles observations de Lawson Tait, 23 fois seulement les détails donnés par les auteurs nous ont suffi pour établir les données précédentes. Nous trouvons que la ménopause est survenue 14 fois peu de temps après l'opération, trois fois elle ne s'est établie qu'après des hémorrhagies d'assez longue durée.

Enfin les règles n'ont pas été influencées dans 2 cas, et dans 4 autres elles ont continué sous forme de pertes irrégulières et peu intenses. Si nous ajoutons nos résul-

Auteurs.	Nombre des cas.	Méno-pause complète après l'opération	Hémorrhagies irrégulières puis méno-pause.	Persistance des règles	Résultats inconnus.
Tait.	29 nouveaux	7	1	1	20
Hégar,	28	20	4	3	1
Fehling.	9	4	3	2	»
Tauffer.	10	4	3	3	»
Spiegelberg.	3	2	1	»	»
Battey.	7	7	»	»	»
Muller.	4	4	»	»	»
Sâxinger.	4	3	1	»	»
Martin.	2	2	»	»	»
Wiedow.	76	61	6	2	7
Tissier.	145	89	21	70	26
Total.....	307	203	40	21	53

tats à ceux que nous venons de rassembler, nous arrivons au total de 339 faits dont on doit réduire 53 résultats inconnus; il reste 286 castrations ayant produit la ménopause, 210 fois peu de temps après l'enlèvement des ovaires et 42 fois après hémorrhagies irrégulières; dans 26 cas la persistance des règles est signalée, nous arrivons donc à établir les résultats suivants :

La ménopause rapide survient dans la proportion de 73,4 0/0.

La ménopause tardive après hémorrhagie dans la proportion de 14,6 0/0.

La menstruation persiste après hémorrhagie dans la proportion de 9,0 0/0.

Ces chiffres nous dispensent de longs commentaires et nous font voir que la castration a réellement une

grande influence sur les phénomènes menstruels et les hémorrhagies symptomatiques des tumeurs fibreuses; à ce titre elle mériterait déjà d'être classée parmi les opérations chirurgicales les plus utiles.

Action sur les tumeurs. — La régression des myômes utérins après l'oophorectomie a été fortement discutée par certains chirurgiens; elle est cependant indéniable dans certains cas. On a même remarqué que, quand l'atrophie ne survenait pas, il se produisait une tendance à l'isolement de la tumeur, circonstance favorable pour une énucléation consécutive; Hégar cite plusieurs exemples de ces faits dans son livre de gynécologie opératoire. Toutefois la diminution du volume de la tumeur est rarement très appréciable et, quoique nous la trouvions notée assez souvent, il y a lieu de ne pas croire à une véritable atrophie. Wiedow dans sa statistique comprenant les faits de Hégar et les observations de nombreux chirurgiens allemands et anglais, constate, sur 76 faits, la rétraction de la tumeur 62 fois et il est à remarquer que dans 6 cas la régression s'est montrée malgré la persistance de la menstruation. Une fois l'énucléation ultérieure du néoplasme a été facilitée. Tissier trouve sur 146 observations la diminution des myômes notée 137 fois, dans neuf cas seulement la tumeur est restée stationnaire, ou bien a continué à augmenter de volume. Nous n'avons trouvé mentionnés que 23 fois les résultats de la castration sur l'évolution des myômes dans notre série de faits et la diminution est survenue 16 fois ; l'amélioration s'est produite dans quatre autres circonstances, enfin trois fois on n'a observé aucun changement dans l'allure de l'affection. Si nous ajoutons nos faits à ceux de Wiedow, nous trouvons que la proportion dans laquelle la rétrocession de la tumeur a été remarquée est de 78,70/0; on observerait donc plus souvent la diminution de la tumeur que la ces-

sation de la menstruation, mais en revanche nous trouvons notée dans trois cas de Wiedow et dans un fait de nos tableaux la dégénérescence kystique, complication redoutable parce qu'elle peut causer rapidement la mort ou obliger à une intervention inopportune.

Les résultats éloignés de la castration ne sont pas toujours aussi bons que pourraient l'indiquer les succès immédiats ; on voit en effet, dans certains cas, les hémorrhagies reprendre leur fréquence et la tumeur augmenter de nouveau. Wiedow a pu recueillir dans 56 observations des détails sur l'état des opérées un an au moins après la castration, et il a trouvé dans 4 cas l'augmentation de la tumeur ; Crone (1) (voir les tableaux) a signalé une récidive après une castration double.

Etant donnés d'une part la faible mortalité de la castration (13 0/0), d'autre part les services qu'elle rend en supprimant les hémorrhagies 75 fois sur 100 cas et en provoquant la diminution de la tumeur à peu près dans la même proportion, on conçoit la vogue dont elle jouit aujourd'hui. Certains auteurs, comme Lawson Tait, la proposent contre tous les fibromes utérins de préférence à l'hystérectomie dont le pronostic est plus grave ; c'est à peine si ce chirurgien fait une exception pour les myômes pédiculés. Wiedow, au congrès de Copenhague, était presque aussi exclusif et manifestait le désir de voir l'hystérectomie limitée à l'enlèvement des tumeurs fibro-kystiques et des tumeurs pédiculées ou sous-péritonéales. Certes, nous ne voulons pas comparer, comme ces chirurgiens, les chiffres de mortalité de l'hystérectomie avec ceux de la castration, car il est impossible de rien en conclure ; mais il faut se rendre compte qu'en entreprenant l'oophorectomie, on a 13 chances sur 100 de voir mourir la malade, environ 20 chances de ne

(1) Crone. Diss. Inaug. Berlin, 1883.

pas la soulager et autant encore de ne pas produire la diminution de la tumeur. Si d'un autre côté on ajoute dans la balance la possibilité d'une récidive, d'un accroissement ultérieur et aussi la gêne que le fibrome continue à causer, on voit qu'en somme il y a peut-être encore avantage à extirper le néoplasme. Aussi est-il plus sage d'adopter l'avis de M. Heydenreich (1), qui conseille de ne pas préférer la castration à l'hystérectomie sans examiner les conditions sous lesquelles se présente l'opération qu'on va entreprendre. « En un mot, dit Bigelow (2), on peut dire que l'oophorectomie est une opération dangereuse, mais simplement palliative, tandis que l'hystérectomie est également une opération dangereuse, mais radicale. »

Il faudra donc toujours s'inspirer des préceptes que Battey énonçait en 1880 au Congrès de Cincinnati et poser les trois questions suivantes avant l'intervention : 1° le cas est-il grave ; 2° les symptômes ne peuvent-ils être améliorés par des moyens médicaux ou chirurgicaux autres que la castration ; 3° n'est-il pas possible d'attendre la ménopause ? Ce n'est qu'après avoir satisfait à ces trois questions qu'il y aura lieu d'entreprendre l'enlèvement des ovaires.

Castration de choix. — La castration de choix pourra être jugée utile dans certains cas où l'extirpation radicale, tout en n'étant pas impossible, sera néanmoins reconnue dangereuse. C'est surtout lorsque l'utérus est entièrement englobé dans une tumeur à évolution rapide ou quand il porte des fibromes multiples, que l'enlèvement des ovaires est autorisé. Au début du développement des myômes, on voit souvent apparaître des métrorrhagies incoercibles qui amènent un épuisement

(1) Heydenreich. Semaine méd. 1885, p. 427.
(2) Bigelow. Americ. Journ. of. obstetr. févr. 1886, p. 137.

rapide ; les myômes interstitiels, de petit volume, dispersés dans le tissu utérin sont ceux qui causent le plus facilement des troubles ; dans ces circonstances, la castration sera utilement employée parce qu'en premier lieu elle sera facile et ensuite parce qu'elle pourra enrayer la marche du néoplasme et procurer un état stationnaire qui équivaudra souvent à une guérison. M. Duplay (1) propose de faire l'hystérectomie contre les myômes volumineux et de choisir la castration contre les fibromes de petit et de moyen volume, quitte à entreprendre plus tard l'ablation de la tumeur si son accroissement continue. More Madden (2) demande que l'ovariectomie soit le traitement de choix quand l'énucléation n'est pas possible, mais il n'accorde pas autant de confiance à ce traitement que Thornton, Tait et Keith. Les myômes sous-muqueux ne doivent pas être soumis aux mêmes lois, car il est rare de voir la castration arrêter les hémorrhagies qu'ils provoquent ; mais quand on observe une tumeur née sur le col ou les parties voisines et menaçant de produire des troubles de compression et de s'infiltrer dans les parties molles du bassin, il y a lieu d'intervenir par la création d'une ménopause artificielle ; on aura ainsi évité l'éventualité de l'extirpation pénible de l'utérus dont on connaît les dangers. Wiedow rapporte dans son mémoire deux castrations faites par Hégar contre des myômes du col qu'il était difficile d'enlever ; le succès fut complet. Toutefois il est essentiel de ne pas recourir à l'oophorectomie quand les tumeurs sont incarcérées, très-volumineuses, et lorsqu'elles ont déjà causé des troubles de compression, parce qu'alors l'augmentation de volume qui suit l'opération peut causer des désordres fonctionnels qui obligent subitement le chirurgien à faire l'hystérectomie.

(1) Duplay. Arch. génér. de médecine. Juillet 1885, p. 25.
(2) More Madden. The Dublin Journ. of. med. sc , mai 1885, p. 373.

Castration de nécessité. — Lorsque l'intervention chirurgicale s'impose en raison de la gravité des symptômes et que l'hystérectomie est reconnue impraticable, il faut songer à la castration, quelle que soit l'hésitation que l'on éprouve à se confier à ce moyen. Les tumeurs incluses dans les ligaments larges sont celles qui donnent le plus souvent lieu à cette détermination, car elles sont souvent adhérentes, enclavées au point que l'ablation serait une imprudence. Dans le cas de myômes pelviens adhérents et inclus, disait Kœberlé au Congrès de Copenhague, il faut chercher à atteindre la ménopause ou bien on doit se résoudre à faire la castration.

Homans (1), Baer (2), prétendent qu'il y a nécessité d'enlever les ovaires quand les tumeurs sont volumineuses et menacent de causer promptement des troubles. Knowsley Thornton (3) pense aussi qu'on ne doit pas attendre que le cortège des symptômes alarmants des fibromes pelviens soit complet pour songer à opérer, car plus le chirurgien reste indécis, plus les difficultés opératoires augmentent. Enfin Müller (4) est d'avis que la castration doit être la principale ressource lorsque les fibromes sont inopérables par l'hystérectomie et, à l'exemple de Léopold et d'Antal, il propose de lier les vaisseaux afférents de l'utérus autour de la tumeur, si les ovaires sont accessibles ou enfoncés au milieu d'adhérences. Cet auteur s'est même demandé si une ligature placée autour du néoplasme ne pourrait pas déterminer l'atrophie sans provoquer la gangrène.

Pour Müller, il n'y a pas de contre-indications à la castration. Si l'ovaire ne peut être excisé à cause de la

(1) Homans, Bost. med. and surg. Journ. 1885, p. 313.
(2) Baer. Annales de gyn., t. XXVI, p. 229.
(3) Thornton. Brit. med. Journ. 23 mai 1885.
(4) Müller. Beitr. z. oper, Gyn. 1884, p. 2.

brièveté du mésovarium, il suffit de faire la ligature atrophiante; s'il est trop dissocié pour se prêter à toute préhension, la ligature des vaisseaux afférents est indiquée. Nous sommes loin ici des recommandations de Hégar qui trouve la castration contre-indiquée lorsqu'on n'a pas senti les ovaires avant l'opération: Säxinger (1), tout en repoussant l'ovariectomie dans les cas de tumeurs fibro-kystiques, est d'avis qu'elle doit être tentée dans les myômes caverneux décrits par Virchow; il a fait publier par Schleich un fait de ce genre dans lequel la guérison fut complète.

On voit que les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur les indications et les contre-indications de la castration; on ne peut donc formuler aujourd'hui un jugement basé sur des données certaines, mais il est cependant permis de dire que l'oophorectomie employée contre les tumeurs fibreuses est une bonne opération, capable, dans certaines conditions de rivaliser avec l'hystérectomie, mais qui ne constituera presque jamais que le meilleur des traitements palliatifs.

Après avoir exposé dans notre dernier paragraphe sur l'hystérectomie abdominale les notions que nous pouvions tirer de l'analyse des faits, nous ne croyons pas utile de placer à la fin de notre travail un chapitre spécial dans lequel nous ne pourrions du reste que rassembler les conclusions qu'il était plus logique de placer à côté des statistiques dont elles découlent.

(1) Säxinger. In Schleich, thèse Tübingue, 1884.

TABLEAU

D'OBSERVATIONS DE CASTRATION.

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR. LIEU de publication.	DATE.	OPÉRATION.	RÉSULTAT.	OBSERVATIONS.
1	Menzel. Archiv. f. gynœk. T. XXVI. 1885.	»	Castration.	Guérison.	Pas de renseignements su modifications de la tumeur
2	id.	»	id.	Guérison complète.	Disparition de la tumeur.
3	id.	»	id.	Mort.	De péritonite septique.
4	id.	»	id.	Guérison complète.	Disparition de la tum atrophie de l'utérus.
5	id.	»	id.	Mort.	Caillots dans les veines ques.Compression dansle p
6	Terrillon. Bull. Soc. de chir. 1er juillet, 1885.	16 mai 1885.	Castration difficile. Ovaires cachés derrière la tumeur.	Guérison.	Six jours après l'opératio péritonite septique.
7	id.	24 mars. 1885.	Ovaire gauche caché derrière la tumeur, lié. Castration.	Mort.	Les douleurs ont disparu plètement.
8	Thornton. Annales de gynéc. T. 2, 1882, p. 59.	»	Castration.	Guérison.	»
9	Säxinger. Schleich Tübingue 1885.	12 mars 1885.	Castration pénible.	Guérison.	Ménopause complète. meur diminue.
10	Wiedow. Archiv. f. Gyn., 1884. T. XXV.	15 mai 1884.	Castration.	Guérison.	Ménopause.La tumeur ne paraît pas.
11	id.	3 novemb. 1883.	id.	Guérison.	Ménopause consécutive. minution de la tumeur.
12	Lawson Tait. Britisch. med.jour. 1882.	1881.	Ablation des ovaires et des ligaments larges.	Guérison.	Ménopause consécutive. parition des accidents.
13	Studsgaard. Centr. f.Gyn., 1883, p. 469.	»	Castration double. Eponge oubliée dans la cavité abdominale.	Mort.	Le quatrième jour, pé nite.
14	Goldenberg. Central. f. gyn., 1886, n° 17.	Septem. 1884.	Castration double deux ligatures sur le pédicule.	Guérison.	Un mois et demi après, nopause. La tumeur a dimi
15	Léopold. Arch. f. Gyn. Bd XX, pr 73, 1882.	4 mai. 1879.	Castration.	Guérison.	La tumeur diminue.

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR. LIEU de publication.	DATE.	OPÉRATION.	RÉSULTAT.	OBSERVATIONS.
16	id.	15 février 1881.	id.	Mort.	Hémorrhagie par le vagin.
17	id.	29 janvier 1883.	id.	Guérison.	Cessation des règles.
18	id.	Février 1882.	id.	Guérison.	Petites hémorrhagies pendant deux mois.
19	Schücking. Centralbl. für. gyn. n° 3, 1881, in Hayem. T. 17	1881.	Castration et ablation du fibrome pour la laparotomie.	Guérison.	Les règles ont reparu à intervalles irréguliers.
20	Müller. Beiträge zur oper., gyn., 1885, p. 1.	Mars 1879.	Opération inachevée. On ne découvre pas l'ovaire droit, l'ovaire gauche est trop profond.	Guérison.	La tumeur est sortie d'elle-même par le vagin. Les règles reviennent.
21	id.	Mai 1882.	Castration facile.	Guérison.	Menstruation. Les douleurs ont disparu. La tumeur diminue.
22	i d.	Avril 1882.	Castration.	Guérison.	En novembre 1883, rétroversion utérine. Plus de règles. Les douleurs ont reparu.
23	id.	6 mai 1882.	id.	Guérison.	Pas d'hémorrhagie. Plus d'anémie.
24	id.	12 juillet 1882.	id.	Guérison.	Plus d'hémorrhagie. La tumeur n'arrive plus qu'à l'ombilic.
25	id.	31 decem. 1882.	id.	Mort.	Péritonite.
26	Gustave Crone. Zur operativen Behandlung der uterusmyome. Berlin, août, 1883.	Décembre 1882.	id.	Guérison.	En mai 1883, on constate un myôme placé sur la paroi postérieure de l'utérus. Hémorrhagies.
27	Freund in Schleich (Thèse de Tubingue p. 30.)	»	id.	Mort.	Péritonite. Pleurésie.
28	Säxinger.	30 janvier	id.	Guérison.	Plus d'hémorrhagies
29	id.	3 décemb. 1883.	id.	Guérison.	»

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR. LIEU de publication.	DATE.	OPÉRATION.	RÉSULTAT.	OBSERVATIONS.
30	Säxinger. in Schleich. Thèse Tubingen, p. 37.	12 novem. 1883.	Castration.	Guérison.	Les hémorrhagies et les douleurs ont reparu. Même état qu'avant l'opération.
31	Lawson Tait. Brit. med. journ., août 1885.	25 août 1881.	id.	Guérison.	Santé parfaite.
32	id.	18 novem. 1881.	id.	Guérison.	Santé parfaite en 1885. Le règles sont revenues trois fois
33	id.	4 janvier 1882.	id.	Guérison.	Santé très mauvaise et anémie très grande avant l'opération.
34	id.	4 janvier 1882.	id.	Mort.	La tumeur continue à s'accroître. La malade meurt.
35	id.	10 janvier 1882.	id.	La malade n'a pu être suivie.	»
36	id.	29 janvier 1882.	id.	Guérison.	»
37	id.	13 mars 1882.	id.	Guérison.	Plus de règles. Bonne santé
38	id.	21 mars 1882.	id.	Guérison.	Plus de règles. Diminutio de la tumeur ; réduction moitié du volume primitif.
39	id.	29 mars 1882.	id.	Guérison.	Disparition presque complèt de la tumeur.
40	id.	29 mars 1882.	id.	Guérison.	Mort cinq mois après l'opér tion d'une tumeur maligne d de l'épiploon.
41	id.	2 avril 1882.	id.	Guérison.	»
42	id.	8 avril 1882.	id.	Guérison.	»
43	id.	20 avril 1882.	id.	Guérison.	»
44	id.	27 avril 1882.	id.	Guérison.	Diminution du volume d myome. Règles irrégulièr pendant quelques mois, pu disparues complètement.

Nos d'ordre.	OPÉRATEUR. LIEU de publication.	DATE.	OPÉRATION.	RÉSULTAT.	OBSERVATIONS.
45	id.	6 mai 1882.	Castration.	Guérison.	»
46	id.	9 juin 1882.	id.	Guérison.	»
47	id.	16 juillet 1882.	id.	Guérison.	Deux ans après l'opération, Utérus mobile, plus de traces de tumeur.
48	id.	16 juin 1882.	id.	Guérison.	»
49	id.	27 juin 1882.	id.	Guérison.	Diminution considérable de la tumeur, plus de règles.
50	id.	13 juillet 1882.	id.	Guérison.	Myôme très diminué.
51	id.	9 septem. 1882.	id.	Guérison.	»
52	id.	29 septem. 1882.	id.	Guérison.	Tumeur réduite au volume d'un haricot, deux ans après l'opération.
53	id.	20 octobre 1882.	id.	Guérison.	Six mois après l'opération santé excellente, mais pas de diminution de la tumeur.
54	id.	21 octobre 1882.	id.	Guérison.	»
55	id.	6 novem. 1882.	id.	Guérison.	Plus de règles.
56	id.	18 décem. 1882.	id.	Guérison.	Diminution considérable de la tumeur.
57	id.	13 février 1883.	id.	Guérison.	Mort un an après l'opération. Règles non revenues. Tumeur diminuée.
58	id.	19 février 1883.	id.	Guérison.	»
59	id.	16 mars 1883.	Castration.	Guérison.	Plus de métrorrhagies Grande amélioration depuis l'opération.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Amussat. — *Hystérotomie vaginale.* Mém. princeps sur l'extirp. intra-utérine, 1842.

Atlee. — Castration. Philad., 1873. The chirurgical treatment of fibroid tumours. Philadelph., 1853.

Agostini. — *Hystérotomie sus-vaginale.* Montpellier méd. 1885, v. 397-409.

Amiot. — Trait. du pédic. après l'hystérect. abd. Th. Paris, 1884.

Atherton. — Tumeurs utérines. Canada Lancet, 1884-85.

Aveling. — Myôme dégénéré enlevé par hystérotomie. Trans. obts. Soc. London, 1884, p. 270.

Apostoli. — Trait. par électricité. Arch. de toc., 1885 ; Académie de médecine, 1881.

Antal. — Congrès de Buda-Pesth, 1880. Lig. élastique.

Abeille. — Gazette méd. de Strasbourg, 1879, n° 6. — La chirurgie ignée en général et ses avantages en particulier dans les maladies chroniques et rebelles de l'utérus. Paris, 1886.

E. Bœckel et J. Bœckel. — Polypes intra-utérins. Gaz. méd. de Strasbourg, 1er juin 1875 et passim.

— Gaz. med. Strasbourg, 1er mars, 1885.

Brault. — Thèse Paris, 1886.

Bayle. — Hystérectomie. Dict. des sciences méd., 1813, t. VII.

Boinet. — Gastrotomie pour tumeurs fibr. utérines. Acad. de méd. 1870. Gaz. hebd., 1873, p. 117.

Billroth. — Wiener med. Woch., 1876, n° 1 et 2. 1877, n° 40.

Boissarie. — Hystérectomie. Ann. de gyn., juillet, 1885.

Bircher. — Rev. Sc. méd. Juillet, p. 220, 1884.

Bidder. — Zwei Myomotomien. Saint-Pétersb. med. Woch., 1884. Centr. f. Chir., n° 31, 1884.

— Wiener. med. Presse, 1885, 303-337.

Börner. — Uber das subserose fibroid. Sammlung klin. Vorträge, n° 202.

BIGELOW. — Trait. moderne des myômes ut. Amer. Journ. of Obst. nov. et déc., 1883 et jan., fév., mars, 1884.
— Février, 1886, p. 137.
BRAUN-FERNWALD. — Wiener med. Woeh., 1884, n° 22, 23. 27.
BAER. — Philad. med. Times, 1885-84.
BANTOCK. — Tr. obst. Soe. London, 1884, 1885, p. 119.
BOLDT. — Record New-York, 1885, p. 357.
BURTON. — Med. Press and Cireular Londres, 1885, p. 301.
BERTHOD. — Progrès méd., 1884, p. 949.
BRAITHWAITE. — The Lancet. Lond., 1885, p. 255.
BENICKE. — Revue de Hayem, t. XIV, 1882.
BIGELOW. — Complete statistical tables, Am. J. obst., New-York, 1883.
BIGELOW. — Brit. méd. J. London, 1885.
BANTOCK. — Soe. obst. London, déeembre 1882 et mars 1883. Transaet. obst. Soe. London, 1884, p. 38.
BANTOCK. — Brit. Gyn. Journ. London, 1885.
BREISKY. — Zeitsehr. für Heilk., 1884.
BALLERAY. — Amer. J. of. med. Sc., avril, 1881, p. 321.
BATTEY. — Atlanta med. and surg. Journ., sept., 1872. Transact. of the Am. gyn. Soe., 1876. Congrès méd. internat. Londres, 1881.
BRAXTON-HICKS. — London obst. Trans. XII, p. 273.
BAKER-BROWN. — Obst. Transact. I, p. 329 et III, p. 97
BISCHOFF. — Corresp. f. Sehweizer. Aertze, 1878.
BURCKHARDT. — Deutseh med. Woeh., 1873, n° 27.
— Nouvelle méthode pour l'extirpation des tumeurs sous-muqueuses. Deutsche med. Woeh, 1880, n° 27.
BARDENHEUER. — Centrabl. für Gyn., 1881, n° 22.
BOTTINI. — Gaz. méd. ital. lomb. Mil. 1885.
BOURWIEG. — Inaugural Dissert. Halle, 1883.
BASTARD. — Thromboses dans les fibromes. Thèse Paris, 1882.
BACKER. — Obstetr. Journal, T. II, p. 432.
BYFORD. — Transaet. of the Amer. med. Association. Philad., 1875.
BRUBECKER — Philad. med. Times: 1878, 19 janv.
BARNES. — Clinical Leetures.
CZERNY. — Wien. med. Woeh., 1881, n°s 18 et 19.

CHROBAK. — Énucléation des myômes. Centr. f. Gyn., 1885. p. 125.
— Zur operative Thérapeut. der Ut. Myôme. Wiener med. Blatt., 1884, p. 735.
CLARKE. — Amer. J. of Obstetr., t. XIII, p. 875.
CLINTON-CUSHING. — West. Lancet, p. 97, 1883. Rev. chir. avril, 1884.
CRONE. — Inaug. Dissert. Berlin, août, 1883.
CHASSAGNY. — Ann. de Gyn., 1884, p. 120.
CARTER. — Transactions obst. Soc. Londres, 1884, p. 108.
CARLET. — Thèse, Paris, 1884.
CLADO. — Arch. gén. de Tocologie, février, 1886, p. 179.
CHARPENTIER. — Traité d'accouchements. Paris, 1883. T. II. p. 272 à 297.
COURTY. — Maladies de l'utérus, Paris, 1866.
CHÉRIÈRE. — Thèse de Paris, 1880.
SOC. DE CHIR. — Discussions de 1857-68-69-80 et années suiv.
CUTTER. — Americ. Journ. of med. Sc., juillet 1878.
CHIARI. — Klin. der Geburt.
DUNCAN. — Hystérectomie. The Lancet, London, 28 nov. 1885.
— Brit. med. J. London, 1885, p. 283.
DUPONT. — Rev. méd. de la Suisse romande, 15 nov., 1885.
DESPRÉS. — Polype intermitt. Gaz des hôp. Paris, 1885.
DUVIVIER. — Myôme sous-muqueux. Presse méd. belge. Brux. 1885.
DEMONS. — Revue de chir., 1883, in Thèse Doche. Paris, Delahaye, 1884.
DUTLEY. — Myomotomie. New-York med. J., 1884, p. 697.
DOMBROWSKI. — Saint-Pétersb. med. Woch., 1884, p. 254.
DUPLAY. — Castration des femmes.
Bull. Acad. Méd. et Arch. gén. de méd. Juillet, 1885.
DANYAU. — Gaz. med. Paris, 1851, p, 239.
DEZANNEAU. — Soc. chir., 11 janv., 1882 et Rev. chir. fév. 1882.
DUPUYTREN. — Clin. chir. t. III, p. 360.
DRAGA-LJOCIS. — Diss. Zurich, 1878.
DAWSON. — American journal of Obst., New-York, 1885, p. 853.
DEHERGNE. — Polype et corps fibreux de l'ut., 1878.
DEPAUL. — Arch. de méd., mars 1882.
DOLBEAU. — Cliniq. chir., p. 244.

Dorff. — Centralb., für Gyn., 1880, n° 12.
Delore. — Gaz. hebd., 1877, n° 16.
Dean. — Boston med. Journ., 1878, 24 janv.
Engelmann. — Deutsche med. Woch. Berlin, 1885.
Ellinger. — Arch. f. Gyn., t. 14, p. 171.
Edis. — Brit. gyn. Journ. London, 1885, p. 289-292.
Emmet. — Principles and practice of Gynecology, 1885. — Am. J. obst. N.-Y., 1885.
Everett. — New-Nork med. Journ. 1885, p. 438.
Ebner. — Wiener med. Wochens., n° 16. 1883. — Rev. Sc. méd. avril 1884, p. 588.
Freemann. — The Lancet, London, 8 août 1885.
G. Fischer. — Deutsche Zeitschr. f. Chir., Band XVII, heft 3 et 4, p. 417.
Fraipont.—Laparohystérect. Bull. soc. chir., 3 avril 1884, p. 347.
— Castration. An. de la Soc. méd. chir. de Liège. — Centralblatt f. Chir., n° 9, 86, p. 152, sept. 1885.
Farrant-Fry. — Enucléation. The Lancet, 8 mars 1884.
Fourestié. — Compressions exercées par les tum. fibr. Gaz. méd., juin 1885.
Fritsch. — Centralbl. f. Gyn., 1879.
Fehling. — Zehn Castrationen. Arch. f. Gyn. Bd XXII, Hft. 3, p. 441, 1884. — Congrès de Fribourg. Centralblatt f. Gyn., n° 44, p. 701, 1883.
Frank. — Inaug. Diss. Strasbourg, 1880.
Faucon. — Bull. soc. Chir., 1875. Mémoire.
Fort. — Hystérotomie. Bull. gén. de thér., 1885.
Fergusson — Amput. sus-vagin pour fibr. sous-muq. The Lancet, London, 1885, p. 896.
Goodell. — Philad. méd. Times, p. 435, 1883. — Rev. chir., avril 1884.
— Dilatation. Med. Bull. Philad., 1885.
Gosselin. — Clin. chirurgicale de l'hôpital de la Charité, 3me édition, 1879, t. III, p. 71-103. Polypes intra-utérins.
Guéniot. — Ablation des polypes fibr. Arch. gén. de méd., décembre 1881.
— Bull. de thér. méd. chir., mars 1872.
Gillette. — Hystérec. vag., Gaz des hôp., Paris, 1885.

GAILLARD-THOMAS. — Trait. du pédicule. Lig. élastique. Am. Journal of. Obst., 1882, p. 948.

GEZA VON ANTAL. — Méthode de réduction intraper. Lig. des vaisseaux de l'ovaire. Centr. f. Gyn., 1882, n° 30. Rev. de chir., juillet 1884.

GREIG-SMITH. — Castration vaginale. The Lancet, 1883, 15 décembre.

GUSSEROW. — Die Neubildungen des Uterus. Stuttg. 1886.

GUYON. — Ablation des polypes. Bull. Soc. chir., 1884. — Thèse d'agrég., 1860.

GROSS. — Rev. méd. de l'Est, 1884.

GODSON. — Polype fibreux. Tr. obst. Soc., London, 1885, p. 328.

O. VON GRÜNWALD. — Zur Kasuistik des Myomot. St.-Pétersb. med. Woch., 1883, n° 1. — Centr. f. Chir. n° 10, 188.

GERRISH. — Ablation de l'ut. Bost. med. and surg. Journal, 1882, p. 289. Rev. de chir., avril 1884.

GRŒFFE. — Zeitsch. f. Geb. und Gyn., 1882.

GROSKOPF. — Cystomyom. des ut. Inaug. diss. Münschen, 1884.

GAILLARD-THOMAS. — Tr. des maladies des femmes. Trad. Lutaud, 1879.

GALLARD. — Leçons clin. des maladies des femmes, Paris, 1873.

GUÉRIN (A.). — Maladies des org. gén. int. de la femme, Paris, 1878.

HOWARD-KELLY. — Amer. J. of. Obst., janvier 1886.

HILDEBRANDT. — Berlin. klin. Wochensch. 1872, n° 25.

HEER. — Hystérectomie. Dissert. Zurich, 1874.

HOFMEIER. — Enucléation. Berlin klin. Woch., 2 mars 1885.

— Myomotomie, Stuttgard. 1884.

HOTTMANN. — Hystérect. extra-péritonéale, Corresp. Blatt. f. Schweizer. Aerzte, 1882, n° 1, p. 8, et n° 2, p. 42.

HEGAR. — Myôme intra-ligam. Centr. f. Gyn.. n° 12, 1880, p. 270. Trait. du pédicule. Wien. med. Presse, n° 17, 1877.

— Berliner klin. Wochensch., mars 1876. Hystérectomie.

HÉGAR et KALTENBACH. — Opérat. Gynec., édition 1886.

HOMANS. — Boston med. and. surg. Journal, 1885.

HEER. — Notice sur tumeur intra-ut. Rev. méd. de la Suisse romande. Genève, 1884, p. 697-704.

Heurtaux.— Tumeur fibro-cystique. Bull. Soc. méd. de Nantes, 1883.

Hutchinson. — Enucléation. Med. Times, 1857, p. 169.

Heath. — Edinb. med. J., août 1882.

Hacker. — Wien. med. Wochenschr., 1885, n° 25.

Heydenreich. — Semaine méd. Trait. du pédicule et castration, 1885.

Howitz. — Brit. med. Journ. London, 1885.

Herrgott. — Historique de l'hystérect. Rev. méd. de l'Est, 1885.

Hunter. — Fibro-myôme. Am. Journ. of Obst. New-York, 1885, 1205.

Hégar. — Zur Extirp. normales Eierstocke. Centr. f. Gyn. 1877, p. 73. — Castration der Frauen. Leipzig, 1878-1879, 22.

Imbach. — Castration. Brit. med. J. 24 mai 1884, p. 1007.

Jakubasch. — Charité-Annalen, 1879-81.

Jarjavay. — Thèse d'agrégation, Paris, 1850.

Jaeger. — Inaug. Dissert. Berlin, 1880.

Jeannel (de Toulouse). — Hystérect. pour tum. intra-ligamentaire. Bull. Soc. chir., 6 janv. 1886.

Johnson. — Statistique des fibromes. Am. Journ. of Obst. New-York, 1885.

Keith. — Sur l'hystérectomie. Centralb. für Chir. n° 9, p. 144, 1886.—Edinb. med. J. 1884-85. Ann. Gyn., 1885, p. 221.

Kaltenbach. — Indic. et contre-indications de l'hystérectomie. Centrabl. f. Gyn., 1880, n° 15.

Kehrer. — Beitr. f. klin. Geb. und Gyn. 1879. Bd II, H. I, p. 140.

Kinsbourg. — Polypes intermittents. Thèse de Nancy, 1885.

Keith. — Supravag. hystérect. Phil. med. Journ. Lond. 1883, 116-118.

Koheggi. Wien. med. Presse, 1885, 6 septembre.

Kohn. — Enucléation. Centr. f. Gyn., 1883, p. 230.

Kovacs. — Tum. de l'ut. et de ses annexes. Wien. med. Presse, 1884, 172.

— Traitement du pédicule par suture utérine. Wien. allg. med. Zeit., 8 décembre 1879, p. 537.

Kasprzik. — Recherches sur le trait. du péd. dans l'extirp. du fib. ut. Berl. klin. Woch., p. 177, 1882. Rev. de chir., avril 1882.

KEHRER. — Kapillar Drainage der Bauch. Centralblatt f. Gyn., 1882, n° 3, p. 33.

KUSTER. — Laparo-myomotomie. Centralblatt f. Gyn. 1884. — Contr. f. Chir., 1884, n° 20, 6-10.

KATZ. — Sphacèle des fib. myômes. 1884. Thèse Nancy.

KOEBERLÉ. — Trait. du fibro-myôme par la laparotomie. Allg. Wien. med. Zeit. 1885.

— Première opération d'hystérect., 1864, Gaz. med. de Strasbourg, 1864, n° 2 et passim.

KEITH. — Hystérectomie. Brit. med. J. Lond. 1885, 31 janvier et 1886, n° 72.

KALTENBACH. — Zeitschr. für Gebh., u. Gyn, 1876, II, p. 186. — Centr. f. Chir., 1884, n° 20.

KRASSOWSKY. — St-Petersburg med. Woch., t. XXVI, n° 12, 1877 et 1879, n° 41.

KLEBERG. — Zeitschr. f. Geb. und. Gyn., n° 27, 1876.

KOEBERLÉ. — L'hystérectomie et le ligateur élastiq. Pozzi. Gaz. med. Strasbourg et Semaine méd, p. 418, 1885. — Congrès de Copenh., 1884. Rev. de chir., nov. 1884.

KLOTZ. — Ovariot. et Myomot. Centrabl. f. Chir., n° 18, 1883.

KASANSKY. — Un cas de guérison d'un polype après son excision partielle. Medizin. Obo., mars 1883. Rev. des sc. méd., juil. 1883, p. 240.

KLEBERG. — Ligature élastique, St-Petersb. med. Woch, 1877, n° 12 et 1879, n° 41.

KÖRTE. — Archiv. f. klin. Chir., 1880, p. 545.

LOSSEN. — Trait. du pédicule. Berlin. klin. Woch., 1879, n° 14.

LÉOPOLD. — Lig. élastique. Arch. f. Gyn. Bd XX, Heft I.

— Sur 30 laparot. Trait. intrapér. du pédicule, Méth. Schroeder. Centrabl. f. Chir., n° 47, 1882. — Castration et amput. ut. sus-vag. Arch. f. Gyn. Bd XX, Heft I, p. 588.

LABBÉ. — Hyst. Transfusion pendant une hystérectomie. Rev. de méd et de chir., déc. 1880.

LOUMEAU. — Injection interst. d'ergotine. Journ. de méd. de Bord., 18 sept. 1882.

LAWSON-TAIT. — Brit. m. Journal Lond., 3 oct. 1885. — Med. Times and Gaz., p. 544 et 625, 1885.

Laroyenne. — Obs. d'un fibro-myôme pédiculé sur un autre. Ann. de gyn. de Paris, 1883, p. 410.

Lucas-Championnière. — Bull. Soc. chir., 1883-84, 7 déc., p. 35 ;

Lee. — Énucléation, perforation du fond de l'ut. Mort. Med. Record New-York, 1884, p. 652.

Lomer. — Uber die enucléation. Zeitsch. f. Geb. und Gyn. Bd IX, p. 277. — Centr. für Chir. nº 4, 1884.

Lawson-Tait. — Castration. Transact. Soc. of the obst. Soc. of London, 1883, p. 203.

Lusk. — New-York med. J., 1883, p. 641.

Larcher. — Polypes à apparition intermittente. Arch. de méd., 1867, t. I, p. 39 et 193.

Landau. — Myomotomie pendant la grossesse. Berl. klin. Woch. 1885, nº 13.

Lebec. — Etudes sur les tumeurs fibrokystiques de l'ut. 1880. Thèse Paris.

Letousey. — Hystérect. sus-vag. par la voie abd. Thèse 1879.

Lisfranc. — Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié. Complication et évolution des myômes, p. 791.

Lefour. — Thèse agrég., Paris, Accouch. 1880.

Lœwenhardt. — Ligature élastique. Diss. inaug. Halle, 1884.

Malgaigne. — Thèse d'agrég., 1832.

Madden. — Brit. gyn. London, 1885, p. 275-285.

Mays. — Indic. et contre-indications de l'hystérect. Centralblatt f. Gyn. nº 2, 1880.

Mann. — Extirp. d'un myôme par le vagin. Am. J. of obst. New-York, 1883.

Mundé. — Extirp. d'un myôme pendant la grossesse. Tr. American gyn. Soc. 1885.

Monod. — Bull. Soc. chir. 1885, p. 279, t. XI.

Martin. — Trois myomot. p. tum. développées entre les ligaments. Zeitsch. f. Geb. und Gyn. — Sur le traitement du péd. dans les myomot., ibid. p. 390.
Sur le drainage du péritoine. Samm. klin. Vorträge, nº 209.

Mathews-Duncan. — Polypes intra-utérins. Allongement des polypes p. incision spiroïde. Trans. of the obst. Soc. of London, 1881, t. LXXIII, p. 223.

Maslowsky. — Centralbl. für Gyn. nº 4. 1882. Revue des Sc. méd. Juillet 1883, p. 242.

Millot. — Thèse Paris, 1875. Complications des corps fibreux.

Muller.— Ueber die Castration. Beitr. zur oper. Gyn.— Zeitschr. f. Chir., t. XX, Heft 1 et 2, page I.

Menzel. —Beitrage zur. Castr. der Frauen. Arch. f. Gyn. XXVI. I.

Mikulicz. — Tum. fibr. enlevées par le vagin. Centrabl. f. Chir., nº 27 et Wien. med. Woch., nº 19, 1883.

Marion Sims. — New-York Journ. 7 nov. 1885.

Marchal de Calvi. — Hystérotomie vag. Ann. de la chir. franç. et étrang. Paris, 1843, t. II, p. 315.

Martin (A.) — Trait. du pédicule dans l'hystérect. — Berlin. klin. Wochenschrift 1885, nº 3.

Macdonald. — Trans. Edinb. Obst. Soc., 1883, p. 84.

Maslowsky. Expériences sur le pédicule intrapér. — Arch. für klin. Chirurgie de Langenbeck, 9e vol.

Mikulicz. — Hystérect. —Wien. med. Woch., nº 19., 22, 1879.

Martin. — Discussion au Congrès de Salzbourg. Centr. f. Gyn. 1881., nº 22.

Muller.— Ueber Extirp. des Ut. Corresp. bl. für Schweiz. Aerzte, 1878, nº 20. — Zeitschr, f. Chir., 1884, XX, H. 1 et 2.

Moeller. — Ueber elasticher Ligat. Berlin. klin. Woch. nº 30, 1882.

Madden. — Trait. des fib. myômes. Dublin J. of. med. sc. mai 1885.

Von Mandach.— Total Extirp. des Uter. — Corresp. f. Schweizer. Aerzte, 1882.

Martin Aimé. — Annales de gynécologie, 1879.

Montrose Pallen. — Amer. Jour. of. Obst. T. VI. 1875, p. 604.

Mannel. — Prager Vierteljahrschr., 1871.

Nieberding. — Beitrag zur Myomot. — Aerzt. Intelligenzbl., nos 37-38. 1882.

Nieberding. — Enucléation. Centralb. f. Gyn., 1885.

Patterson.—Grossesse et myôme. Glasgow med. J., avril 1885.

Pozzi. — Des alt. des reins consécutives aux corps fibr. — Ann. de gyn., juillet 1884. — Thèse d'agrég., 1875. — Bull. de la Soc. de chir, 28 nov. 1883.

Péan et Urdy. — Hystérotomie. Paris, 1873.

Péan. — Tum. fibro-kystique. Cliniques chir., t. I, II et III. Acad. de médecine, 1877 et 1879. — Gaz. des hôpitaux, 1885, janv. et mai, et passim.

Pozzi. — Morcellement des polypes. Soc. chir., 23 mars 1881 et Rev. ch., avril 1881.— Polype à apparition intermitt. Bull. Soc. chir., p. 779, 1884.

Polaillon. — Bull. Soc. chir., 30 juillet 1884.

Pernice. — Castration unilatérale. Arch. f. Gyn., Band XIV, p. 452, 1883.

Poinsot. — Bull. Soc. chir., 1884.

Prokownick. — Laparotomie. Deutsch. med. Woch, n° 36.

Pourrat. — Troubles urinaires dans les tum. fibreuses. Thèse Paris, 1884.

Petit et Boinet. — Dict. ency. des sc. méd., art. Gastrotomie.

Queirel. — Bull. Soc. de chir., 21 nov. 1883.

Rœhrig. — Behandlung der Uterus-fibromyôme. Arch. für path. Anat. und Phys. 1881.—Rev. Sc. méd., avril 1884, p. 577.

Reverdin. — Hystérectomie sus-vagin. — Revue méd. de la Suisse Romande, juin 1884.

Raoult. — Trait. du péd. des tum. intra-abd. après la gastrotomie. Thèse Paris 1880.

Riedinger. — Bericht über 10 Bauchschnitte. Prag. med. Woch., 1883, p. 437.

Richelot. — De l'énucléation des myômes ut. Union méd. 1884., p. 997.

Riedinger. — De l'énucléation d'un myôme par le vagin. — Wien. med. Woch. 1883.— Rev. Sc. méd., avril 1884.

Richet. — Progr. méd., 1874, Complications et évolution du myôme.

Robert. — Accidents septiques des tum. fibr. Thèse Paris, 1885.

Playfair. — Obstetr. Journal., vol. II, p. 152.

Schrœder. — Berl. kl. Woch., 2 mars 1885. — Zeitsch. f. Geb. und. Gyn., Bd. V, 397. Myomot. — Zeitsch. f. Geb. und Gyn. Bd. VIII, p 141, 1882.

Schwartz (Edouard). — Dict. de méd. et de chir. pratiques, t. 37, art. Utérus. Hystérectomie. Revue de chirurgie 1883, p. 125.

SCHAUTA. — Wien. med. Woch. 19 août 1882, p. 994.

SCHRŒDER. — Ziemsen's Handbuch., Bd X, p. 244. — Discussion Congrès Baden. Arch. f. Gyn., 1879, p. 270, — Discussion Congrès de Salzbourg, Centr. f. Gyn. 1881, p. 8, — Berl. Klin. Wochenschr. 15 oct. 1877.

SYDNEY-JONES. — Hystérectomie, The Lancet, 1882, 22 janv.

SCHWARZ. — Arch. f. Gyn Band XVII, H. 3.

SÆNGER. — Berl. klin. Woch. 4 mai 1885. Hystérectomie, statistique. Arch. f. Gyn. Bd. XXI, Heft 5.

SAVAGE. — Ingieby lectures, 1881, p. 33.— Castration. The obstetr. Jour. of. Brit., 1880, p. 262.

SCHUKING. — Castration. Centralb. f. Gyn. n· 20, p. 484.

SIMS. — Castration. The Brit. méd. Journ. 1877, p. 8.

STADTFELD. — Edinb. med. J., 1883-84, p. 606.

SCHRŒDER. — Enucléation. Zeitsch f. Geb. u. Gyn. 1884, p. 156.

STIMSON. — Myomotomie. New-York medical J., 1884, p. 642.

SCHLEICH. — Castration. Thèse Tubingue, 1884.

SCHORLER.—Myômes ut.—Zeitschr. f. Gebur. u. Gyn. Stuttg. 1884.

SIMS. — Med. rev. New-York, 1885.

SCHRŒDER. — Arch. f. Gyn., Band XVIII, Heft 3.

SUTUGIN. — Statistique d'amputation supravaginale. Wrach. St-Pétersb. 1884, v. 539, p. 745.

SMITH. — Hystérectomie. Transact. Obst. soc. London, 1884-85.

SOLOVIEV. — Amputation supravag. pour fibrome. 1885.

SUTTON. — Extirp. d'un myôme par le vagin, 2 cas. Transact. of the am. gyn. Soc. 1884, N. Y. 1885.

SULZENBACHER. — Wiener med. Presse, 1882 n· 42. — Centralblatt f. Chir. nº 9, 1883.

SIMON. — Monatschrift. Band XX, p. 25.

DE SINÉTY. — Traité des mal. des femmes. 2e édition, 1884.

STOLTZ. — Revue médic. de l'Est. févr. 1875.

TCHOUDOWSKI. — Gazette méd. de Strasbourg. 1879, nº 10.

TISSIER. — Castration. Thèse Paris, 1884.

TERRIER. — Hystérect. — Union méd. p. 601. 1885.

TILLAUX. — Myôme de 7 k.; hystérectomie. Bull. Ac. méd. 1879 et 1885, p. 628.

THORNTON. — Cas d'hystér. avec remarque. — Brit. médical J. London, 1885.

THORNTON. — Soc. obst. de Londres, 6 oct. 1882.
— Transactions obst. Soc. London, 1884, p. 67.
THIERSCH. — Procédé de lig. élast. — Centr. f. Gyn., 1882, n° 40, p. 657.
TERRIER. — Tum. fibro-cystique. Bull. soc. chir. 1884, 770-779. 1883. Nov. et juillet 1884.
TRENHOLME. — Hystér. Canada med. Rec., Montréal, 1884-85.
— Canada Lancet, july, 1876 (castr.).
THIRIAR. — Tum. fibromy. — Presse méd. belge, 1884, p. 169.
TAUFFER. — Castration. Wien. med. Woch, 1885, n°s 3-4.
TERRILLON. — Deux cas de cast. double chez la femme. Bull. Soc. chir. 1885, p. 469. Gaz. méd., Paris, 10-17 octobre 1885.
TERRIER. — Hyster. Tum. fibro-kyst. Bull. Soc. chir.
TERRILLON. — Trait. du pédic. dans l'hystérect. Bull. soc. chir., avril-mai 1883. — Rev. de chir. 1883. — Soc. de chir., juillet 1885. Acad. de méd., 1886.
TARNIER. — Disc. Soc. de chir., 1868-1872. Thèse agrég., 1860.
TRELAT. — Soc. chir., 1869.
WELLS. — Tumeurs de l'utérus et de l'ovaire 1883. p. 426. — Diagnostic et trait. des tum. abd. 1886. Trad. franc.
WASSEIGE. — Bull. de l'Ac. royale de méd. XIV, 3e série, n° 4.
P. WALTER. — Morcellement intra utérin. Dorpater med. Zeitschr. Bd. 4, Heft. I, 1873.
VALETTE (de Lyon). — Polypes ut. — Clin. chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, Paris, 1875, p. 227. J.-B. Baillière.
WÖLFLER. — Zur Tecknik supravag. — Centralb. f. Chir. n° 41. 1885. Amp. ut. — Wien med. Woch. 1885 n° 25.
WEGNER. — Klin Archiv für Chir. Band XX, 1876.
WALTER. — Hyst. pendant la grossesse. Brit. med. Jour. n° 7, octob. 1883.
Th. WEISS. — Amputation sus-vag. — Rev. méd. de l'Est, 1884.
VULLIET. — Soc. méd. de Genève, 1884 et Acad. de méd. mai 1886. Rev. méd. Suisse romande, 1884.
WINCKEL. — Uber Myôme des Uterus. Volkmann Sammlung klinischer Vorträge, n° 98.
WIEDOW. — Castration. Congr. de Copenhague, 1884, Arch. f. Gyn., Bd 25, p. 299. — Arch. gén. de méd., juil. 1885.

WIEDOW. — Castration, Centr. f. Gyn., n. 6, 1882, — Rev. des sc. méd. de Hayem, juillet 1883.

WEST. — Leçons sur les maladies des femmes. Trad. Mauriac, 1870. — Arch. de tocol., 1885, t. XIV.

VON WINIWARTER. — Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège, 1884.

WELLS. — Trait. des pédicules. Brit. med. Journal, vol. I, 1879, p. 928, et 11 juin 1884.

WEGNER et PONFICK. — Exp. sur le trait. du péd. — Samml. klin. Vorträge. Leipzig, 1882, n° 219.

ZWEIFEL. — Castration. Berl. klin. Wochenschrift, p. 22, 23, 24, 81.

TABLE DES MATIÈRES

Paris. — Typ. A. Parent, A. Davy, succ[r], impr. de la Fac. de méd.,
52, rue Madame et rue Corneille, 3.



24ColorCard
CameraTrax.com
STAINLESS STEEL